# Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo del Ictus en Atención Primaria

**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS**
MINISTERIO DE SANIDAD

MINISTERIO DE SANIDAD

guiasalud.es
Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud

EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
OSASUN SAILA
DEPARTAMENTO DE SALUD

# Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo del Ictus en Atención Primaria

**GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS**
MINISTERIO DE SANIDAD

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2024

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: https://www.katalogoak.euskadi.eus/katalogobateratua

Esta GPC es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario.

Edición: 1ª diciembre 2024

Edita: Ministerio de Sanidad
Edita: Gobierno Vasco. Departamento de Salud. Servicio Central de Publicaciones

NIPO: 133-24-153-7 (Ministerio de Sanidad)

ISBN: 978-84-09-69352-8

DOI:

Fotocomposición: Composiciones RALI, S.A.
Costa, 12-14 – 48010 Bilbao

Este documento ha sido realizado por OSTEBA, en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para el desarrollo de actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS de 15 de noviembre de 2018 (conforme al Acuerdo del Consejo de Ministros de 7 de diciembre de 2018).

Esta guía debe citarse:

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo del Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo del Ictus en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad. Osteba/BIOEF; 2024. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

# Índice

**Presentación** **7**

**Autoría y Colaboraciones** **8**

**Preguntas para responder** **11**

**Niveles de evidencia y fuerza de las recomendaciones** **13**

**Recomendaciones de la GPC** **15**

**1. Introducción** **20**

1.1. Epidemiología y carga asociada a las enfermedades cerebrovasculares 20

1.2. Utilización de recursos por las personas con ictus 21

1.3. La atención primaria y la variabilidad en la práctica clínica 22

**2. Alcance y Objetivos** **23**

**3. Metodología** **24**

**4. Diagnóstico inicial del ictus** **26**

**5. Manejo prehospitalario del ictus agudo** **32**

5.1. Hipertensión arterial 32

5.2. Hiperglucemia 43

5.3. Tratamiento antiagregante 50

**6. Manejo del ictus comunicado** **54**

**7. Manejo del ictus tras el alta hospitalaria** **60**

7.1. Espasticidad 60

7.2. Dolor central post-ictus 64

7.3. Disfagia 69

7.3.1. Evaluación de la disfagia en AP 69

7.3.2. Plan terapéutico en el domicilio 78

7.3.2.1. Dieta 78

7.3.2.2. Ejercicios para la disfagia 81

7.4. Depresión, ansiedad y labilidad emocional 86
7.4.1. Tratamiento farmacológico de la depresión post-ictus 86
7.4.2. Tratamiento farmacológico de la ansiedad 91
7.4.3. Tratamiento farmacológico de la labilidad emocional 94
7.4.4. Adición de la psicoterapia al tratamiento farmacológico de la depresión y la ansiedad 97
7.5. Intervenciones multidisciplinares 102
7.6. Terapia ocupacional 107
7.7. Tratamiento dual antiagregante 110

**8. Estrategias diagnósticas y terapéuticas 116**

**9. Difusión e implementación 119**

9.1. Estrategia de difusión e implementación 119
9.2. Propuesta de indicadores 119

**10. Líneas de investigación futura 128**

10.1. Diagnóstico clínico del ictus 128
10.2. Manejo prehospitalario del ictus agudo 128
10.3. Manejo del ictus tras el alta hospitalaria 128

**11. Plan de actualización 130**

11.1. Miembros del Grupo de Actualización de la GPC 130
11.2. Listado de preguntas clínicas que se consideraron candidatas a monitorizarse 130
11.3. Cronograma de ejecución de las búsquedas y evaluación del impacto de la nueva evidencia 131

**12. Anexos 132**

Anexo 1. Escalas prehospitalarias 132
Anexo 2. Ejercicios para la disfagia 135
Anexo 3. Información para pacientes y cuidadores 137
Anexo 4. Abreviaturas 165

**13. Bibliografía 167**

# Presentación

Documentar la variabilidad de la práctica clínica, analizar sus causas y adoptar estrategias orientadas a eliminarla, han demostrado ser iniciativas que fomentan la toma de decisiones efectivas y seguras, centradas en las personas, por parte de los profesionales sanitarios. Entre dichas estrategias destaca la elaboración de Guías de Práctica Clínica (GPC), «conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los riesgos y beneficios de las diferentes alternativas, con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a los pacientes».

Entre las prioridades del Ministerio de Sanidad se encuentra consolidar la elaboración de GPC, coordinada desde GuíaSalud, en el marco de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedETS) y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS). Es en este contexto en el que se enmarca la GPC sobre el manejo del ictus en la Atención Primaria (AP).

El ictus es una enfermedad cerebrovascular que se presenta con una alta incidencia y prevalencia. En España, se trata de la principal causa de mortalidad en mujeres y la tercera en hombres. Además, es la primera causa de discapacidad adquirida en el adulto y la segunda causa de demencia, por lo que se coloca claramente como una de las prioridades del SNS. Nos encontramos ante una enfermedad que además de suponer una alta carga para el sistema sanitario, tiene un gran impacto a nivel personal y familiar. De hecho, dos de cada tres personas que sobreviven a un ictus presentan algún tipo de discapacidad, que puede estar relacionada tanto con la movilidad, como con el habla, la visión, el ánimo, la cognición o la personalidad. Así, las personas que han sufrido un ictus perciben con mayor frecuencia que su estado de salud y su calidad de vida es peor que la de las personas que sufren otras enfermedades crónicas y necesitan un mayor número de recursos para tratar de superar las dificultades que se les presentan. Para ello, es esencial que desde la AP se conozcan cuáles son las mejores actuaciones que se pueden implementar en estas personas fuera del ámbito del manejo hospitalario de la fase aguda, por lo que en esta guía se han abordado aquellas cuestiones que mayor controversia pueden generar y cuya implementación podría tener un impacto positivo en la mejora de la atención ofrecida desde la AP a estas personas.

En la elaboración de esta guía han participado profesionales sanitarios de la AP, así como una neuróloga, la presidenta de la federación española de pacientes con ictus, junto con el equipo metodológico de Osteba-Bioef. Asimismo, en el proceso también se ha contado con la colaboración de especialistas de otras áreas de interés. Desde la Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud, agradecemos a todas estas personas el trabajo realizado y esperamos que pueda ayudar a profesionales y pacientes en la toma de decisiones, mejorando la asistencia sanitaria ofrecida a las personas con ictus.

PEDRO GULLÓN TOSIO
Director/a General de Salud Pública y Equidad en Salud

# Autoría y Colaboraciones

## Grupo de trabajo de la GPC sobre el Manejo de Ictus en Atención Primaria

**Blanca Fuentes Gimeno,** Jefa de Sección del Servicio de Neurología, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

**Carmen Aleix Ferrer,** Presidenta de la Federación Española de Ictus (FEI), Madrid.

**Javier Gracia San Román,** Director Médico- Innovación, Modelos de Cooperación, Suscripción y Reclamos en Munich.Re (Grupo), Europa del Sur & LATAM, Münich.

**Juan Carlos Bayón Yusta,** Economista de la Salud, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Gobierno Vasco (Osteba) en la Fundación Vasca de Innovación Sanitaria (BIOEF), Barakaldo.

**Juan Carlos Obaya-Rebollar,** Médico de Familia, Centro de Salud de La Chopera, Servicio Madrileño de Salud, Madrid.

**Lorea Galnares Cordero,** Documentalista, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Gobierno Vasco (Osteba) en la Fundación Vasca de Innovación Sanitaria (BIOEF), Barakaldo.

**María Isabel Egocheaga Cabello,** Médica de Familia, Centro de Salud de Isla de Oza, Servicio Madrileño de Salud, Miembro del Comité Técnico de la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud, Madrid.

**Nora Ibargoyen Roteta,** Metodóloga, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Gobierno Vasco (Osteba) en la Fundación Vasca de Innovación Sanitaria (BIOEF), Barakaldo.

**Raquel Ramírez Parrondo,** Médica de Familia y de medicina psicosomática en Clínica Universidad de Navarra, Madrid.

## Coordinación metodológica

**Nora Ibargoyen Roteta,** Metodóloga, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Gobierno Vasco (Osteba) en la Fundación Vasca de Innovación Sanitaria (BIOEF), Barakaldo.

## Colaboración

**Nerea Arias Jayo,** Directora Científica de Abyntek Biopharma, Zamudio.

**Gaizka Benguria Arrate,** Metodólogo, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Gobierno Vasco (Osteba) en la Fundación Vasca de Innovación Sanitaria (BIOEF), Barakaldo.

# Colaboración experta

**Ana Vena Martínez,** Médica especialista en Geriatría, Hospital Universitario Santa María, Lleida.

**Raquel Cutillas Ruiz,** Médica especialista en Medicina Física y rehabilitación, Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

**Sara Laxe García,** Médica especialista en Medicina Física y rehabilitación, Servicio de rehabilitación, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

**Blanca Garmendia Prieto,** Facultativa especialista en Geriatría, Hospital Central de la Cruz Roja, San José y Santa Adela, Madrid.

**Esther San Cristobal Velasco,** Médica Especialista en Geriatría, Hospital Monte Naranco, Oviedo.

**Angel Lizcaíno Álvarez,** Diplomado en Enfermería, Vicedecano y profesor del área de enfermería, Universidad Rey Juan Calos, Madrid.

**María José Planas García de Dios,** Trabajadora Social Sanitaria, Centro de Salud de Corea, Dirección Asistencial Este, SERMAS, Madrid.

**María Carmen Soler González,** Trabajadora Social Sanitaria, Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia.

# Revisión externa

**Ángel Carlos Matía Cubillo,** Médico de Familia, Centro de Salud Ignacio López Saiz, Burgos.

**Yasmín Drak Hernández,** Médica de Familia, Centro de Salud Sánchez Morate, Getafe.

**Ana Vena Martínez,** Médica especialista en Geriatría, Hospital Universitario Santa María, Lleida.

**Carolina de Miguel Benadiba,** Médica especialista en Medicina Física y rehabilitación, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

**Helena Bascuñana Ambròs,** Médica especialista en Medicina Física y rehabilitación, Hospital de Sant Pau, Barcelona.

**Maria Pilar Sánchez Tarifa,** Médica especialista en Medicina Física y rehabilitación, UGC. Hospital Universitario Puerta del Mar y Puerto Real, Cádiz.

**María José Peña Gascón,** Enfermera Especialista en Enfermería familiar y comunitaria, Directora de enfermería en AP, Sector III Zaragoza, Centro de Salud Seminario Condes de Aragón, Zaragoza.

**Pedro García Martínez,** Enfermero Especialista en Enfermería familiar y comunitaria, Escuela Universitaria de Enfermería de la Fe, Valencia.

# Agradecimientos

Queremos agradecer a Paloma Roset Monrós y a Beatriz Nieto Pereda por haber participado en la medida de lo posible en la realización de esta guía.

# Sociedades Colaboradoras

Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS).

Federación de asociaciones de enfermería comunitaria y atención primaria (FAECAP).

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG).

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC).

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).

Sociedad Española de Neurología (SEN).

Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF).

Miembros de estas sociedades han participado en la autoría, colaboración experta o revisión externa de la GPC.

# Exposición pública

Esta GPC ha sido sometida a un proceso de Exposición Pública. El listado completo de los grupos de interés que han participado en el proceso de exposición pública está disponible en la web de GuíaSalud: www.guiasalud.es

**Declaración de interés**: Todos los miembros del Grupo de Trabajo, así como las personas que han participado en la colaboración experta y en la revisión externa de esta guía, han realizado la declaración de posibles conflictos de interés. Este documento podrá ser consultado, bajo petición, a través del Servicio de Evaluación de Tecnologías del País Vasco (Osteba-BIOEF).

# Preguntas para responder

## Diagnóstico inicial del ictus

1. ¿Son útiles las escalas prehospitalarias en el entorno de la Atención Primaria (AP) (consulta presencial y telefónica)?

## Manejo prehospitalario del ictus agudo

### Hipertensión arterial

2. ¿Se debe comenzar tratamiento en personas con sospecha de ictus agudo que acuden a AP y presentan presión arterial elevada?
3. ¿A partir de qué cifras debe tratarse la hipertensión arterial?
4. En caso de decidir tratar, ¿qué fármacos deben emplearse?

### Hiperglucemia

5. En personas con sospecha de ictus agudo, ¿se debe iniciar tratamiento de la hiperglucemia desde la AP/prehospitalaria?
6. ¿A partir de qué cifras debe tratarse la hiperglucemia?

### Antiagregantes

7. ¿Se debe iniciar tratamiento antiagregante de forma inmediata desde AP en personas con sospecha de ictus agudo?

## Manejo del ictus comunicado

8. ¿Debe ser derivado de manera urgente a Atención Hospitalaria (AH) una persona con sospecha de accidente isquémico transitorio (AIT) o ictus estable que refiere el inicio de los síntomas hace más de 48 horas?

## Manejo del ictus tras el alta hospitalaria

### *Espasticidad*

9. ¿Los fármacos orales han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la espasticidad post-ictus?

### *Dolor central post-ictus*

10. ¿Qué fármacos son eficaces en el tratamiento del dolor central post-ictus?

### *Disfagia*

11. ¿Cómo debe realizarse la evaluación de la disfagia desde AP?
12. ¿Qué plan terapéutico puede realizarse en el domicilio? (dietas (espesantes); ejercicios, etc.)

### *Depresión, ansiedad y labilidad emocional*

13. ¿Deben tratarse farmacológicamente la depresión, ansiedad y labilidad emocional tras un ictus?
14. ¿Cuáles son los antidepresivos eficaces en el tratamiento de la depresión, ansiedad y labilidad emocional en personas que han sufrido un ictus?
15. ¿Es eficaz la psicoterapia como tratamiento adicional al tratamiento farmacológico de la depresión post-ictus y ansiedad?

### *Intervenciones multidisciplinares*

16. ¿Son eficaces las intervenciones multidisciplinares (fisioterapia, junto con terapia ocupacional, logopedia, etc.) en la mejoría de la independencia para las actividades de la vida diaria en personas que han sufrido un ictus?

### *Terapia ocupacional*

17. ¿Es eficaz la terapia ocupacional en la mejoría de la independencia para las actividades de la vida diaria en personas que han sufrido un ictus?

### *Tratamiento dual antiagregante*

18. En personas que han sufrido un ictus isquémico leve o un AIT no cardioembólico, que no son candidatos a trombólisis y que reciben tratamiento dual antiagregante, ¿cuánto tiempo deberían estar recibiendo dicho tratamiento?

# Niveles de evidencia y fuerza de las recomendaciones

*Sistema Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)*

Clasificación de la calidad de la evidencia en el sistema GRADE

| Calidad de la evidencia | Diseño del estudio | Disminuir la calidad si: | Aumentar la calidad si: |
|---|---|---|---|
| Alta | Ensayos clínicos aleatorizados | **Limitación en el diseño:**<br>Importante (-1)<br>Muy importante (-2)<br>**Inconsistencia:**<br>Importante (-1)<br>Muy importante (-2)<br>**Evidencia directa:**<br>Importante (-1)<br>Muy importante (-2)<br>**Imprecisión:**<br>Importante (-1)<br>Muy importante (-2)<br>**Sesgo de publicación:**<br>Alta probabilidad (-1) | **Asociación:**<br>• Evidencia científica de una fuerte asociación (RR > 2 o < 0,5 basado en estudios observacionales sin factores de confusión (+1)<br>• Evidencia científica de una muy fuerte asociación (RR > 5 o < 0,2 basado en estudios sin posibilidad de sesgos (+2)<br>**Gradiente dosis respuesta** (+1)<br>**Consideración de los posibles factores de confusión**: los posibles factores de confusión podrían haber reducido el efecto observado (+1) |
| Moderada | – | | |
| Baja | Estudios observacionales | | |
| Muy baja | Otros tipos de diseño metodológico | | |

Implicaciones de la fuerza de recomendación en el sistema GRADE

| **Implicaciones de una recomendación fuerte** | | |
|---|---|---|
| **Pacientes y familiares** | **Clínicos** | **Gestores/Planificadores** |
| La inmensa mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada y únicamente una pequeña parte no lo estarían. | La mayoría de los pacientes deberían recibir la intervención recomendada. | La recomendación puede ser adoptada como política sanitaria en la mayoría de las situaciones. |
| **Implicaciones de una recomendación débil** | | |
| **Pacientes y familiares** | **Clínicos** | **Gestores/Planificadores** |
| La mayoría de las personas estarían de acuerdo con la acción recomendada, pero un número importante de ellos no. | Diferentes opciones serán apropiadas para diferentes pacientes y el/la médico/a tiene que ayudar a cada paciente a llegar a la decisión más consistente con sus valores y preferencias. | Existe necesidad de un debate importante y la participación de los grupos de interés. |

## Recomendaciones de buena práctica clínica (BPC)*

| | |
|---|---|
| **BPC** | Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo elaborador. |

* En ocasiones, el grupo elaborador se percata de que existe algún aspecto práctico sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual, probablemente, no existe evidencia científica que lo soporte. En general, estos casos se relacionan con algún aspecto del tratamiento considerado como buena práctica clínica y que nadie cuestionaría. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica.

# Recomendaciones de la GPC

## Diagnóstico inicial del ictus

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor** | Se recomienda utilizar escalas, a ser posible validadas, para ayudar al diagnóstico del ictus en atención primaria (AP), en aquellas personas con síntomas neurológicos de instauración aguda. |
| **Débil a favor** | Se sugiere realizar una valoración de los síntomas mediante la escala CPSS a aquellas personas que consultan a través del teléfono por síntomas neurológicos de instauración aguda (ver Anexo 1). |
| **Débil a favor** | En la consulta de AP, se sugiere la utilización de la escala MASS o de la escala ROSIER como ayuda de orientación diagnóstica en personas con sospecha de ictus (ver Anexo 1). |
| **BPC** | Ante una persona con sospecha de ictus, no solo hay que tener en cuenta el tiempo y síntomas de inicio, sino también su situación funcional y cognitiva que marcará también la necesidad o no de activar el código ictus. |

## Manejo prehospitalario del ictus agudo

| **Hipertensión arterial** | |
|---|---|
| ***Inicio de tratamiento de hipertensión arterial en AP*** | |
| **Débil en contra** | En personas con sospecha de ictus agudo se sugiere no tratar la presión arterial (PA) elevada en el ámbito extrahospitalario, siempre que se mantenga una presión arterial sistólica (PAS) < 220 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) < 120 mmHg, salvo en determinadas situaciones urgentes, como sospecha clínica fundada de insuficiencia cardiaca izquierda, síndrome coronario agudo, disección aórtica o pre-eclampsia/ eclampsia. |
| **BPC** | • En el caso en que se decida tratar, evitar descensos bruscos e intensos de la PA (más del 20 % en menos de 24 horas).<br>• Evitar los fármacos sublinguales de acción rápida y utilizar preferentemente la vía intravenosa, y si no es posible, la vía oral (tras valoración de disfagia)<br>• Cuando exista hipotensión, descartar la presencia de otra enfermedad concomitante grave y tratar según la etiología. |
| ***Cifras a partir de las cuales iniciar tratamiento*** | |
| **Débil en contra** | Se sugiere no tratar la hipertensión arterial en personas con ictus isquémico agudo cuando su PA es < 220/120 mmHg y no van a recibir trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica. |

| | |
|---|---|
| **BPC** | En personas con ictus isquémico agudo no tratados con trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica y con una PA > 220/120 mmHg, es razonable el tratamiento farmacológico (reducción menor al 15 % de la PAS en 24 horas). |
| **Débil a favor** | En personas con hemorragia intracerebral aguda (menos de 6 horas desde el inicio de los síntomas), se sugiere la disminución de la PA hasta 140 mmHg para reducir la expansión del hematoma. |
| **BPC** | En personas con hemorragia intracerebral aguda, iniciar el tratamiento antihipertensivo tan pronto como sea posible. |
| **Hiperglucemia** | |
| **Débil en contra** | Se sugiere no tratar de forma prehospitalaria la hiperglucemia en personas con sospecha de ictus agudo. |
| **Fuerte en contra** | Se recomienda no tratar de forma intensiva la hiperglucemia en personas con ictus agudo. |
| **BPC** | Tratar la hiperglucemia en aquellos casos que se superen los 155 mg/mL, manteniendo el nivel entre los 140-180 mg/dL. |
| **BPC** | Descartar la hipoglucemia como causa de los síntomas y corregir el nivel de glucemia si ésta estuviese presente. |
| **Tratamiento antiagregante** | |
| **BPC** | No iniciar tratamiento antiagregante en personas con ictus antes de descartar hemorragia mediante una tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM). |
| **Fuerte a favor** | Se recomienda iniciar tratamiento antiagregante en personas con ictus isquémico agudo tan pronto se descarte hemorragia intracraneal por técnicas de imagen. |

## Manejo del ictus comunicado (de más de 48 horas desde el inicio de los síntomas)

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor** | Se recomienda la derivación urgente de la persona con sospecha de ictus o de ataque isquémico transitorio (AIT) que acude al centro de AP en la ventana temporal entre las 48 horas hasta los primeros siete días desde el inicio de los síntomas. |

## Manejo del ictus tras el alta hospitalaria

| | |
|---|---|
| **Espasticidad** | |
| **Débil en contra** | Se sugiere no utilizar fármacos orales como el baclofeno o la tizanidina para tratar la espasticidad focal post-ictus. |
| **BPC** | Aquellas personas que presenten espasticidad que interfiera con su vida diaria deben ser enviadas a consulta de neurología, rehabilitación y/o fisioterapia para que se valore el tratamiento más apropiado. |

| | |
|---|---|
| **Dolor central post-ictus** | |
| **Débil a favor** | En el tratamiento del dolor centrar post-ictus se sugiere la utilización de amitriptilina como fármaco de primera línea, teniendo siempre en cuenta los efectos secundarios asociados a su uso y estableciendo el balance riesgo/beneficio en cada caso. |
| **Débil a favor** | Como alternativa a amitriptilina en el tratamiento del dolor central post-ictus se sugiere el uso de lamotrigina, si bien se debe tener en cuenta la posible aparición de efectos secundarios. |
| **BPC** | Se recomienda derivar a la persona con dolor central post-ictus no controlado en AP a unidades especializadas en el manejo del dolor. |
| **Disfagia** | |
| ***Cribado de la disfagia post-ictus*** | |
| **Fuerte a favor** | Se recomienda descartar la presencia de disfagia lo antes posible y detectar si existen problemas nutricionales asociados. |
| **BPC** | Reevaluar la presencia de disfagia tras el alta hospitalaria y realizar un seguimiento periódico por el equipo de AP. |
| **Débil a favor** | Se sugiere la prueba de deglución de agua para el cribado de aspiración en AP, teniendo en cuenta ante todo las características de la persona que ha sufrido el ictus y su disponibilidad.<br>La realización de esta prueba debería acompañarse de una valoración clínica previa observando la calidad de la voz, si la persona puede sacar la lengua y moverla de un lado al otro o si siente la parte posterior de la pared de la garganta si se le toca. Esta valoración puede mejorar la capacidad de detección de los casos. |
| **BPC** | Aquellas personas con ictus en las que se detecten por primera vez dificultades en la deglución (generales, durante o tras la deglución) deben ser evaluadas por el especialista correspondiente. |
| **BPC** | Entrenar a las personas en las que persistan las dificultades al tragar y a sus cuidadores en la identificación y manejo de los problemas en la deglución. |
| **BPC** | Las personas con disfagia persistente tras un ictus deben ser monitorizadas una vez dadas de alta, de manera regular, pesándolas regularmente, asegurando que no estén desnutridas, para valorar la necesidad de cambios en la dieta y/o en la vía de alimentación. |
| ***Intervenciones en la dieta*** | |
| **Débil a favor** | Se sugiere proporcionar una dieta adecuada a aquellas personas con ictus que presentan disfagia y son alimentadas por vía oral. |
| **BPC** | Revisar periódicamente su situación para ir adaptando la dieta al estado de la persona en las visitas regulares de seguimiento (3, 6, 12 meses) o siempre que haya un cambio funcional en el mismo. |
| ***Ejercicios para la disfagia en el hogar (ver Anexo 2)*** | |
| **Débil a favor** | Se sugiere la realización de ejercicios de deglución para rehabilitar la función deglutoria en personas que han sufrido un ictus y presentan disfagia. |

| | |
|---|---|
| **Débil a favor** | Se sugiere ofrecer los ejercicios *Shaker* o *Chin tuck* en vez de los ejercicios de resistencia además de la terapia convencional de disfagia. |
| **Débil a favor** | Se sugiere ofrecer el ejercicio de entrenamiento de la fuerza muscular respiratoria (EMST) para el tratamiento de la disfagia en personas que han sufrido un ictus y sin traqueostomía. |
| **Depresión, ansiedad y labilidad emocional** | |
| ***Tratamiento farmacológico de la depresión post-ictus*** | |
| **Débil a favor** | Se sugiere el uso de fármacos antidepresivos para el tratamiento de la depresión post-ictus, valorando individualmente el riesgo de efectos adversos. |
| **BPC** | Monitorizar la persona que ha sufrido un ictus y que toma antidepresivos para valorar la aparición de efectos adversos, la adherencia al tratamiento, etc. |
| ***Tratamiento farmacológico de la ansiedad*** | |
| **Débil a favor** | Se sugiere el uso de farmacoterapia para el tratamiento de la ansiedad en personas que han sufrido un ictus. |
| ***Tratamiento farmacológico de la labilidad emocional*** | |
| **Débil a favor** | Se sugiere considerar el tratamiento con antidepresivos en aquellas personas que, tras un ictus, presentan labilidad emocional persistente, con episodios frecuentes y graves, valorando los efectos adversos de estos fármacos, sobre todo en personas de edad avanzada. |
| ***Adición de psicoterapia al tratamiento farmacológico de depresión y ansiedad*** | |
| **Débil a favor** | Se sugiere la adición de psicoterapia al tratamiento farmacológico de las personas que han sufrido un ictus, tanto las que sufren depresión como ansiedad. |
| **Intervenciones multidisciplinares** | |
| **Débil a favor** | Se sugiere la implementación de intervenciones multidisciplinares que permitan la evaluación conjunta de la persona que ha sufrido un ictus y de sus necesidades, para que la atención que se le brinda sea lo más integral y coordinada posible. |
| **Débil a favor** | Se sugiere contar con profesionales de la enfermería, rehabilitadores, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, etc., que puedan ayudar a mejorar las diferentes secuelas y necesidades de las personas que han sufrido un ictus, hasta que no se identifiquen objetivos funcionales que mejorar. |
| **Fuerte a favor** | La persona que ha sufrido el ictus y su cuidador/a y/o familiares deberían participar de forma activa en la definición de los objetivos de rehabilitación y familiarizarse con los ejercicios y cuidados que deberían realizarse. |
| **Fuerte a favor** | Tras el alta hospitalaria, el equipo de AP debe comprobar que la persona que ha sufrido un ictus está cumpliendo o ha cumplido con el tratamiento rehabilitador indicado en cada caso. |
| **BPC** | El equipo de AP debería instruir a las personas cuidadoras o familiares de personas que han sufrido un ictus y con gran deterioro funcional que no son candidatas a rehabilitación en los cuidados necesarios para estas personas. |

| | |
|---|---|
| **BPC** | Cuando la persona que ha sufrido un ictus experimente un deterioro funcional por depresión, fracturas, caídas, espasticidad, dolor o cualquier otra causa, se recomienda derivar de nuevo a rehabilitación con el fin de intentar recuperar el nivel funcional previo además de tratar las posibles causas desencadenantes. |
| **Terapia ocupacional** | |
| **Débil a favor** | Se sugiere que, si la persona que ha sufrido un ictus tiene dificultades para realizar las actividades diarias, ésta sea tratada por un/una terapeuta ocupacional. |
| **Tratamiento dual antiagregante** | |
| **Fuerte a favor** | Se recomienda que en aquellas personas con ictus isquémico no cardioembólico leve o AIT de alto riesgo en las que se inició tratamiento dual antiagregante con ácido acetilsalicílico (AAS) y clopidogrel, éste se mantenga durante las primeras tres semanas para prevenir la recurrencia de ictus. |
| **Débil a favor** | Se sugiere que en aquellas personas con ictus isquémico leve o AIT de alto riesgo no cardioembólico que iniciaron tratamiento con AAS y ticagrelor, éste se mantenga durante un máximo de 30 días para prevenir la recurrencia del ictus. |
| **BPC** | Una vez finalizada la doble antiagregación, el tratamiento antiagregante con AAS o clopidogrel debería continuar de forma indefinida. |

# 1. Introducción

Este documento constituye la actualización de la anterior Guía de Práctica Clínica (GPC) para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria (AP) de 2009 (1). El material donde se presenta de forma detallada la información sobre el proceso metodológico de la GPC (estrategia de búsqueda, criterios de selección, tablas de guías) está disponible tanto en la página web de GuíaSalud como en la del Servicio Vasco de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Osteba) de la Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (BIOEF).

## 1.1. Epidemiología y carga asociada a las enfermedades cerebrovasculares

El ictus es una enfermedad cerebrovascular que presenta una alta incidencia y prevalencia (2). En España, los datos de 2017 señalaron que la tasa de mortalidad asociada al ictus ajustada por edad era de 25,1 por cada 100.000 habitantes (28,7 en hombres y 21,9 en mujeres) (2). Se trata de la segunda causa de muerte global, aunque por sexos, es la primera causa de mortalidad en mujeres y la tercera en hombres. Además, también se trata de la primera causa de discapacidad adquirida en la persona adulta y la segunda causa de demencia (2), lo que la coloca como una de las prioridades a abordar por nuestro sistema sanitario.

En todo el mundo se producen cerca de 12,2 millones de nuevos ictus al año (un ictus cada tres segundos), y 101 millones de personas viven con secuelas derivadas de éstos (3). Según la Organización Mundial de Ictus, en 2019 el 63 % de los ictus se produjeron en personas menores de 70 años, y el coste total estimado a nivel mundial fue de 861 billones de dólares estadounidenses (1,12 % del Producto Interior Bruto (PIB) mundial). Asimismo, entre 1990 y 2019 el número de casos aumentó de forma substancial (70 % de nuevos casos, 43 % de muertes por ictus, 102 % de ictus prevalentes y 143 % de años de vida ajustados por discapacidad (AVADs)), siendo los países de ingresos bajos o medios los que concentraban la mayor parte de la carga (3). Estos datos constatan que a nivel mundial el ictus sigue siendo la segunda causa de muerte y la tercera causa de la pérdida de AVADs.

En España, desde los años 70 la mortalidad por enfermedad cardiovascular (ECV) experimentó, gracias a los avances en la prevención primaria y en el diagnóstico y tratamiento en fase aguda, un descenso constante (1). Sin embargo, la incidencia de los casos de ictus sigue en aumento. En el estudio IBERICTUS (4) se observó que la tasa cruda de incidencia era de 187 casos por cada 100.000 habitantes, pero al desagregar los datos por grupos de edad, había diferencias, siendo ésta de 66,3 casos por 100.000 habitantes en el grupo de 45 y 54 años, y de 826,7 casos en el de 75 a 85 años (4). Estos datos concuerdan con los resultados obtenidos en un metaanálisis (MA) reciente sobre la prevalencia e incidencia del ictus en Europa, que encuentra una prevalencia ajustada por sexo del 9,2 % (IC95 %: 4,4-14,0) y una incidencia ajustada por sexo de 191,9 casos por 100.000 personas-año (IC95 %: 156,4-227,3), con una tendencia creciente con el aumento de la edad (5).

Por lo tanto, teniendo en cuenta que la tasa de incidencia aumenta claramente con la edad en ambos sexos, y que nos encontramos en un contexto de un progresivo envejecimiento de la pobla-

ción, se estima que probablemente, la mortalidad por esta enfermedad aumentará en España cerca de un 39 % entre 2015 y 2035 (6).

Como se ha comentado anteriormente, el ictus es la primera causa de discapacidad adquirida en la persona adulta. En consecuencia, estamos ante una enfermedad que no sólo tiene una alta carga sanitaria, sino también una alta carga personal y familiar. Dos de cada tres personas que sobreviven a un ictus presentan algún tipo de discapacidad, ya sea en relación con la movilidad, como con el habla, la visión, el ánimo, la cognición o la personalidad (7). Así, las personas que han sufrido un ictus perciben con mayor frecuencia que su estado de salud y su calidad de vida es peor que la de los pacientes que sufren otras enfermedades crónicas, presentando con mayor frecuencia dificultades en la realización de sus actividades diarias (2). La realidad es que además de la carga personal que conlleva haber sufrido un ictus, el impacto que esto tiene en la familia, también es importante. El impacto en salud no solo se manifiesta en las personas que han sufrido un ictus, sino también implica la pérdida de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de sus cuidadores (8). Intervenciones dirigidas desde AP para apoyar a las personas cuidadoras, como la atención desde enfermería domiciliaria, pueden ayudar a mejorar la calidad de vida de éstas (9).

## 1.2. Utilización de recursos por las personas con ictus

En relación con la utilización de recursos, la encuesta nacional de salud de 2017 encontró que las personas con ictus acudían con mayor frecuencia al médico de AP y al especialista que las personas que padecían otras enfermedades crónicas. Esta frecuencia era más alta en el grupo de menores de 65 años, que también consultaban más con fisioterapia y psicología o psiquiatría que los mayores de 65 años (2).

En cuanto a la utilización de los servicios de ayuda domiciliaria o del transporte, las personas con ictus los utilizaban con mayor frecuencia, siendo los servicios más demandados por los mayores de 65 años y por las mujeres (2).

También se encontró que los datos que proporcionaban los estudios sobre los costes de la atención a las personas que han sufrido un ictus son muy variables, lo que puede explicarse por la alta heterogeneidad con la fecha del análisis, el origen de los datos (por ejemplo, unidades de ictus o consultas especializadas), la duración del seguimiento (que afecta a los costes directos no sanitarios y a los indirectos) o el tipo de costes contemplados en el análisis (2).

Cabe destacar que la mayor parte de los costes reales no dependen de la hospitalización, sino del seguimiento y de los costes relacionados con la necesidad de cuidados informales.

Según el informe estadístico de enfermedades vasculares de la *European Heart Network* (10), en 2015 se estimó que el coste total asociado al ictus en España fue de 2908 millones de euros, un 43 % del total del coste sanitario, mientras que los cuidados informales reflejaban un 32 % de los costes y el 25 % restante una pérdida de productividad laboral.

## 1.3. La atención primaria y la variabilidad en la práctica clínica

Uno de los aspectos más importantes de la atención al ictus es que debe ser de carácter multidisciplinar. La integración y coordinación de los servicios de AP, urgencias extra e intrahospitalarias, servicios de neurología, rehabilitación, trabajo social, así como el servicio de geriatría en el caso de personas mayores, es fundamental para minimizar las secuelas del ictus y garantizar una atención eficiente y de calidad (1).

La AP tiene un papel clave en el abordaje de las enfermedades crónicas. En el caso de la ECV, las tareas incluyen desde la prevención primaria y secundaria de la enfermedad (áreas que ya han sido abordadas en otra guía nacional) (11), la atención al ictus agudo y la continuidad de cuidados a las personas que lo han sufrido y sus cuidadores tras el alta hospitalaria (12), siendo el papel de los y las profesionales de enfermería clave para muchas de estas funciones.

Estudios internacionales señalaron que, ante la presencia de sospecha de un ictus agudo, el primer profesional con el que contactaban muchas de estas personas era el médico de AP (1).

En un estudio reciente (13) se observó que el personal médico de AP tenían en general un buen nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y la prevención del ictus. Sin embargo, casi la mitad consideró que su formación no era suficiente y que la atención post-hospitalaria a las personas que han sufrido un ictus no era tan satisfactoria, puesto que solo la mitad de del personal médico encuestados programaban visitas de seguimiento. Además, también se ha descrito un déficit en el acceso de las personas que han sufrido un ictus a las ayudas sociales al año del evento, lo que influye de forma negativa en la calidad de vida percibida por estos pacientes (14).

Se ha descrito que un control eficaz de los factores de riesgo asociados a esta enfermedad puede ayudar a evitar más del 80 % de los casos. Por ello, teniendo en cuenta esto y la previsión del aumento de la prevalencia durante los últimos años, se debería mejorar tanto la prevención, como la atención y el seguimiento de estas personas por parte del equipo de AP, así como los servicios de rehabilitación para las secuelas que puedan presentarse (2).

Sigue habiendo margen de mejora, sobre todo en la atención posterior que recibe la persona que ha sufrido un ictus. Para ello, es necesario facilitar la coordinación entre los profesionales implicados, introduciendo protocolos o planes de acción que lo faciliten y fomentar la formación continuada de los equipos de AP. Por ello, con la actualización de esta guía se pretende actualizar la evidencia y las recomendaciones que se formularon en la versión de 2009 (1), haciendo hincapié en aquellas preguntas que pueden tener un mayor impacto en el manejo desde la AP de las personas que han sufrido un ictus.

# 2. Alcance y Objetivos

El objetivo de la guía es ayudar a los profesionales sanitarios de AP en la atención y cuidados de la persona adulta con sospecha de ictus o ataque isquémico transitorio (AIT) que solicita atención al centro de AP, así como en el seguimiento y manejo posterior de las personas con ictus que han recibido el alta hospitalaria, especialmente si se trata de aspectos que se puedan abordar desde el punto de vista de la AP.

Con las recomendaciones que se han formulado en esta guía se pretende ayudar a reducir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de estas personas desde la AP.

La guía se dirige principalmente a los profesionales sanitarios de AP implicados, tanto en el manejo de pacientes con sospecha de ictus o AIT, como en el manejo de pacientes con ictus o AIT que están en seguimiento tras el alta hospitalaria. Se trata de una herramienta que pretende identificar las estrategias y posibilidades terapéuticas disponibles para el manejo de esta enfermedad, con el fin de evitar pautas de tratamiento que no estén apoyadas por la evidencia científica.

La guía no incluye recomendaciones sobre la prevención primaria ni secundaria, ni aborda el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en el ámbito de la atención hospitalaria (AH). Tampoco se han incluido aspectos que ya se consideran consolidados en la atención de estas personas desde la AP.

Al tratarse esta guía de un trabajo con un enfoque nacional, no se afrontan temas organizativos, si bien sí trata de establecer unas recomendaciones básicas sobre criterios de derivación a AE, por lo que la guía también se difundirá entre todos los profesionales relacionados con la atención del ictus, aspecto esencial en su implementación.

A la hora de formular las recomendaciones se ha tenido en cuenta los recursos de los que se dispone actualmente en AP.

# 3. Metodología

La metodología empleada para elaborar la GPC, se recoge en el documento "Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico" (15). El proceso más detallado se puede encontrar en el Material metodológico publicado en la página de GuíaSalud y en la página de Osteba.

A continuación, se resumen los pasos que se han seguido en el proceso:

- Constitución del grupo elaborador de la GPC, integrado por profesionales de AP, una especialista en neurología, una representante de personas con ictus y especialistas en metodología.
- Selección y priorización de las preguntas de la GPC de 2009 (1) sobre el manejo de ictus en AP que deberían ser actualizadas.
- Formulación de las preguntas clínicas siguiendo el formato Paciente/Intervención/Comparación/*Outcome* o resultado.
- Análisis del uso de recursos y costes (URC) para determinar las preguntas en las que sería necesario analizar en profundidad el impacto que el URC podría tener en la formulación de las recomendaciones.
- Búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Pubmed, EMBASE y Cochrane Library, incluyendo estudios publicados en inglés, francés y español, desde el año de publicación de la versión anterior de la guía (año 2009) o sin límite inicial (en función de la pregunta) con seguimiento de las actualizaciones hasta la publicación final de esta guía.
- La evaluación de la calidad de los estudios y resumen de la evidencia se ha desarrollado según el método *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) (16). Se han generado los perfiles de evidencia GRADE, que son tablas en las que se resume tanto la evaluación de la calidad de la evidencia que se ha identificado y que responde a la pregunta planteada, así como los resultados numéricos obtenidos para cada desenlace de interés.
- La formulación de las recomendaciones se ha realizado siguiendo el marco de trabajo *Evidence to Decision* (EtD) propuesto por el grupo GRADE (17). Se han generado las tablas o marcos de EtD para cada pregunta propuesta, y las recomendaciones controvertidas o con ausencia de evidencia se han resuelto por consenso en reuniones sucesivas del grupo elaborador.
- Los colaboradores expertos han participado en la formulación de preguntas y en la revisión del primer borrador de la guía. Los revisores externos han participado en la revisión del segundo borrador. Se ha contactado con distintas sociedades científicas implicadas (Asociación Española de Trabajo Social y Salud (AETSYS), Federación de asociaciones de enfermería comunitaria y atención primaria (FAECAP), Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG), Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Sociedad Española de Neurología (SEN),

Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física (SERMEF)), que están representadas a través de los miembros del grupo elaborador, de los colaboradores expertos y revisores externos de la GPC.

- La GPC fue sometida a un proceso de Exposición Pública, en el cual el borrador de la GPC fue revisado por organizaciones del ámbito de la salud que no participaron en la revisión externa, registradas previamente e interesadas en hacer aportaciones al mismo. En el caso de esta GPC han participado diez organizaciones, cuyas aportaciones y comentarios están disponibles para su consulta en la web de GuíaSalud: http://www.guiasalud.es.
- Tanto en www.guiasalud.es como en https://www.euskadi.eus/tecnologias-sanitarias-osteba/ está disponible el material donde se presenta de forma detallada la información con el proceso metodológico de la GPC (estrategias de búsquedas para cada pregunta clínica, fichas de lectura crítica de los estudios seleccionados, perfiles de evidencia GRADE y tablas/marcos EtD).
- Está previsto actualizar la guía siguiendo un procedimiento de actualización continuada que consiste en la realización de búsquedas bibliográficas y evaluación de la nueva evidencia cada 12 meses. Las revisiones se realizarán sobre la versión electrónica de la guía, disponible en las URL: http://www.guiasalud.es y en https://www.euskadi.eus/tecnologias-sanitarias-osteba/.

# 4. Diagnóstico inicial del ictus

## Pregunta

¿Son útiles las escalas prehospitalarias en el entorno de la AP (consulta presencial y telefónica)?

## Contexto

El ictus es una enfermedad cerebrovascular que se ha convertido en una de las prioridades a abordar por nuestro sistema sanitario. Se trata de la primera causa de discapacidad adquirida en la persona adulta y la segunda causa de demencia. Un manejo precoz adecuado en las primeras horas desde el inicio de los síntomas resulta fundamental para asegurar una buena recuperación del paciente.

A nivel internacional, son varias las herramientas y escalas que se han desarrollado para ayudar a los profesionales sanitarios que trabajan fuera del ámbito hospitalario a reconocer a las personas que han sufrido un ictus agudo. Sin embargo, estas herramientas tienen que ser lo suficientemente sensibles para poder detectar a todas las personas que lo padecen y poder proporcionarles un manejo adecuado y a tiempo. Por ello, es imprescindible analizar si hay nuevos estudios o escalas que hayan sido validadas en nuestro país y cuyo uso pueda ser recomendado en nuestro contexto.

## Recomendaciones

| **Escalas prehospitalarias** | |
|---|---|
| **Fuerte a favor** | Se recomienda utilizar escalas, a ser posible validadas, para ayudar al diagnóstico del ictus en AP, en aquellas personas con síntomas neurológicos de instauración aguda. |
| **Débil a favor** | Se sugiere realizar una valoración de los síntomas mediante la escala CPSS a aquellas personas que consultan a través del teléfono por síntomas neurológicos de instauración aguda (ver Anexo 1). |
| **Débil a favor** | En la consulta de AP, se sugiere la utilización de la escala MASS o de la escala ROSIER como ayuda de orientación diagnóstica en personas con sospecha de ictus (ver Anexo 1). |
| **BPC** | Ante una persona con sospecha de ictus, no solo hay que tener en cuenta el tiempo y síntomas de inicio, sino también su situación funcional y cognitiva que marcará también la necesidad o no de activar el código ictus. |

# Justificación

Aunque no se han identificado estudios que comparen el impacto sobre los desenlaces de interés a largo plazo en función del uso o no de herramientas estandarizadas de cribado, se ha realizado una recomendación fuerte a favor del uso de dichas escalas en personas que han sufrido un ictus. Hay estudios que señalan que las herramientas de cribado son suficientemente sensibles y específicas para identificar personas con ictus (aunque sea con evidencia de baja calidad) y que el uso de cualquier herramienta que ayude a sistematizar el proceso de cribado y a registrar de forma sistemática los síntomas en la historia clínica puede ayudar a mejorar la identificación y manejo de estos casos.

En referencia a cuál puede ser la mejor escala para utilizar, se hacen dos sugerencias débiles a favor del uso de la escala *Cincinnati Prehospital Stroke Scale* (CPSS) si la consulta es telefónica y de la escala *Melbourne Ambulance Stroke Scale* (MASS) o la escala *Recognition of Stroke in the Emergency Room* (ROSIER) *scale* si se trata de la consulta de AP.

# Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es baja, porque se incluyen estudios en los que la valoración la hace tanto el personal del ámbito prehospitalario o del servicio de urgencias, incluyendo tanto personal paramédico como personal técnico de emergencias, enfermería, personal médico de urgencias y de AP, y porque muchos de los estudios tenían alto riesgo de sesgos en la selección de las personas con sospecha de ictus y riesgo no claro en el estándar de referencia y en el intervalo de tiempo o en el flujo de seguimiento.
- **Balance entre beneficios y riesgo**s: en el caso de la AP, se podrían utilizar las escalas CPSS, MASS o ROSIER. La escala CPSS es consistentemente más sensible, y se necesita más evidencia para determinar la precisión de MASS o ROSIER, que pueden ser más específicas en el diagnóstico.
  En el caso de las llamadas telefónicas, se han utilizado las escalas CPSS o *Face, arms, speech, time test* (FAST), que muestran baja sensibilidad (S) en este contexto, aunque en otros muestran buena S, por lo que se podría sugerir su uso.
- **Factibilidad:** se trata de escalas que ya están siendo utilizadas o, en caso de que no fuera así, que serían fáciles de implementar.

# De la evidencia a la recomendación

**a) ¿Cómo de válida (exacta) es la prueba?**

- **Juicio:** varía, en función de la prueba de la que se trate.
  Para su uso por personal médico y/o de enfermería de AP (datos de Zhelev *et al*., 2019 (18)):
  – Comparación 1: CPSS vs. MASS: igual de sensible pero menos específica.
  – Comparación 2: CPSS vs. ROSIER: igual de sensible pero menos específica.
  – Comparación 3: FAST vs. ROSIER: igual de sensible y específica.

– Comparación 4: CPSS vs. *Los Angeles Prehospital Stroke Screening* (LAPSS): más sensible y quizá menos específica.
– Comparación 5: MASS vs. LAPSS: más sensible e igual de específica.

Para su uso en consulta telefónica (datos de Oostema JA *et al*., 2016 (19)):

– *Medical Priority Dispatch System* (MPDS) (cuatro estudios) o FAST (dos estudios): inexacta.

- **Evidencia procedente de la investigación:**

  Para su uso por personal médico y/o de enfermería de AP (datos de Zhelev *et al.*, 2019 (18)):

  – CPSS es la prueba que presenta la mayor S de forma consistente, y, por lo tanto, se le debería dar preferencia frente a otras escalas existentes. Se necesita más evidencia para determinar la precisión absoluta y si escalas alternativas, como MASS y ROSSIER, que podrían tener una S similar pero mayor especificidad (E), deberían ser utilizadas en su caso para alcanzar mejor precisión.
  – En la sala de emergencias, ROSIER debería ser el test de elección, puesto que se encuentra una alta S de forma consistente. En una cohorte de 100 pacientes en los que 62 tenían ictus/AIT, siete (rango de tres a 16) con ictus/AIT no serían diagnosticados. No se pudo obtener un estimador de la E.

  Para su uso en consulta telefónica (datos de Oostema JA *et al*., 2016 (19)):

  El personal de atención telefónica de emergencias es el primer punto de contacto que puede activar una respuesta al ictus agudo, y se han propuesto herramientas como la CPSS para mejorar su precisión. Una revisión sistemática (RS) (19) encontró estudios sobre MPDS (cuatro estudios), que se basa en el CPSS, y FAST (dos estudios). La S para el reconocimiento del ictus por el personal de atención telefónica fue subóptima en todos los casos (cinco estudios; rango de 41 a 83 %) (valor predictivo positivo (VPP), rango de 42 a 68 %, siete estudios).
- **Consideraciones adicionales:** en otra revisión que no incluye estudios en los que la valoración la realiza el personal médico, concluyen que, en el contexto prehospitalario, las escalas FAST y MASS son las más sensibles, mientras que CPSS es la más específica. Se señala que cuando no se puede medir la glucosa, que se requiere cuando se aplican escalas como MASS, la simplicidad de FAST y CPSS hace que sean las más apropiadas para personal no médico proveedor de primeros auxilios.

  Además de la medición de la glucosa, la escala MASS incorpora a la CPSS la debilidad en las manos (mediante un apretón de manos). La escala ROSIER incorpora la pérdida de consciencia, una crisis epiléptica, la presencia de debilidad asimétrica de una pierna y la alteración del campo visual.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** se espera que los efectos deseados sean moderados para su uso por personal médico y/o de enfermería de AP y no se sabe en el caso de los o las teleoperadores/as.
- **Evidencia procedente de la investigación:** se espera que el hecho de tener una herramienta sensible y específica, que aplicada de forma sistemática y estandarizada pueda tener un impacto moderado en la mejora de la identificación y manejo de estas personas, tanto en el contexto de atención presencial de AP como en la atención telefónica.
- **Consideraciones adicionales:** en una RS que excluye estudios en los que es el personal médico quien realiza la valoración, se encontró que el uso de escalas prehospitalarias se asociaba con un aumento del número de pacientes que llegaban al hos-

pital en tres horas, una mayor tasa de tratamiento trombolítico, menor tiempo desde la puerta a la tomografía y un inicio más rápido de tratamiento (20).

**c) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no hay estudios que comparen la S y E cuando se utilizan o no este tipo de herramientas en la identificación de estas personas. En relación con la S, cuanto peor sea ésta, menos personas serán identificadas.
- **Consideraciones adicionales:** en una RS (21) que analiza los síntomas reportados por aquellas personas que fueron clasificadas como falsos negativos (FN) en estudios que aplicaban escalas de cribado, se observa que un 25 % de los pacientes que sí presentaron finalmente un ictus no presentaron los síntomas típicos de "cara, brazo, habla". Se incluyeron 21 estudios observacionales, con un total de 6934 pacientes con ictus y ataque isquémico transitorio, de los que 1774 (26 %) fueron FN (rango entre los estudios del 2 y 52 %). Los síntomas más comúnmente documentados fueron problemas con el habla (n=107; de 13 a 28 %), náuseas/vómitos (n=94; 8 a 38 %), mareos (n=86; 23 a 27 %), cambios en el estado mental (n=51; 8 a 25%) y alteración visual (n=43; 13 a 28%). Los autores concluyen que la adición de más síntomas a las herramientas de cribado requiere de la valoración de la S y E (21).

**d) ¿Cuál es la confianza global en la calidad de la evidencia sobre la validez (exactitud) de la prueba?**

- **Juicio:** baja en general en AP (para todas las comparaciones) y en cuanto a la consulta telefónica, la calidad podría ser hasta muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  - Los autores de la revisión Cochrane (18) no han valorado la calidad de la evidencia para cada herramienta, pero debido a la inclusión de estudios en los que no sólo realizan evaluaciones el personal médico de AP y los posibles riegos de sesgos que existen, hacen presuponer que la confianza será baja en todos los casos. Debido al bajo número de estudios por test y por contexto, alto riesgo de sesgo, diferencias substanciales en las características del estudio y alta heterogeneidad entre estudios, estos resultados deberían tomarse como hipótesis provisionales que necesitan ser verificadas en estudios mejor diseñados.
  - En el caso del personal de atención telefónica, los estudios tenían un riesgo moderado de sesgos (estándares de referencia variables y exclusión de pacientes del análisis), y ninguno comparó herramientas de cribado. Se señaló la necesidad de más estudios para identificar las causas del bajo nivel de reconocimiento del ictus por parte de los teleoperadores.
- **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

**e) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia para cualquier beneficio directo importante o crítico, efectos adversos o la carga de la prueba?**

- **Juicio:** estudios no incluidos.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios sobre el impacto más allá de la S y E.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos del manejo del paciente que es guiado por los resultados de la prueba?**

- **Juicio:** estudios no incluidos.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios sobre el impacto más allá de la S y E.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**g) ¿Cómo de cierta es la relación entre los resultados de la prueba y las decisiones sobre el manejo del paciente?**

- **Juicio:** estudios no incluidos.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios sobre el impacto más allá de la S y E.
- **Consideraciones adicionales:** se entiende que una persona que dé un resultado positivo en el cribado será valorada por personal especializado en ictus, y que aquella que dé un resultado negativo negativo, no lo será a no ser que persistan los síntomas o siga habiendo sospecha de que se esté ante un ictus agudo.

**h) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos de la prueba?**

- **Juicio:** estudios no incluidos**.**
- **Evidencia procedente de la investigación:** solo contamos con los datos de S y E de las pruebas en general y de algunas comparaciones en particular, pero no conocemos el impacto de utilizar estas pruebas frente a no utilizarlas. Tampoco el impacto que supone su utilización en la mejora del manejo y los resultados en estas personas. Por ello se considera que la evidencia es de baja calidad.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**i) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes los desenlaces principales?**

- **Juicio:** posiblemente incertidumbre o variabilidad no importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se cree que todos los pacientes dan la misma importancia a ser cribados de forma correcta.

**j) ¿El balance entre los efectos deseados y no deseados favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** probablemente favorece la opción, tanto en AP como en consulta telefónica.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  En AP: se podrían utilizar CPSS, MASS o ROSIER. La escala CPSS es consistentemente más sensible, y se necesita más evidencia para determinar la precisión de MASS o ROSIER, que pueden ser más específicas para el diagnóstico.
  En consulta telefónica: los estudios con teleoperadores han utilizado la CPSS o FAST, que en otros contextos muestra también buenos resultados de S, aunque los resultados pueden mejorarse. Se podría utilizar como herramienta para las llamadas telefónicas.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**k) ¿Cómo de altos son los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se entiende que implementar el uso de alguna de estas herramientas no será costoso y que ayudará a estandarizar procedimientos.

**l) ¿Cuál es la confianza en la evidencia de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**m) ¿Favorece el coste-efectividad a la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:** estudios no incluidos.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**n) ¿Cuál sería el impacto sobre la equidad en la salud?**

- **Juicio:** probablemente aumentaría.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales**: se supone que al estandarizar una práctica y aplicar herramientas que puedan ser utilizadas por un amplio número de profesionales haría que la atención fuera más similar y equitativa para todas las personas. Si las herramientas utilizadas tuvieran además la mejor S, se podrían mejorar también los resultados y aumentar la equidad.

**ñ) ¿Es la prueba aceptable para los grupos de interés clave?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** aunque no se han identificado estudios, estas herramientas ya están en uso, por lo que hacer una recomendación para su implementación general sería aceptable para todos.

**o) ¿Es la prueba factible de implementar?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** aunque no se han identificado estudios, estas herramientas ya están en uso, por lo que se cree que su implementación sería factible.

# 5. Manejo prehospitalario del ictus agudo

## 5.1. Hipertensión arterial

### Preguntas

- ¿Se debe comenzar tratamiento en personas con sospecha de ictus agudo que acuden a AP y presentan presión arterial (PA) elevada?
- ¿A partir de qué cifras debe tratarse la hipertensión arterial?
- En caso de decidir tratar, ¿qué fármacos deben emplearse?

### Contexto

La razón por la que diferentes organizaciones recomiendan reducir la PA en personas que han sufrido un ictus hemorrágico subyace en que con ello se puede evitar la expansión del hematoma y así prevenir un mayor deterioro clínico.

Al ingreso y en las horas iniciales, tanto las cifras de PA alta como bajas se asocian con desenlaces clínicos no favorables en el caso del ictus isquémico. Cuando una persona que ha sufrido un ictus recibe trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica, la relación entre la presión sanguínea y los resultados clínicos se vuelve más compleja, puesto que personas con menor presión arterial sistólica (PAS) post-trombólisis tienen resultados más favorables. Por todo ello, se considera muy importante valorar los estudios que existen al respecto para definir cuál es el mejor manejo en estos casos.

### Recomendaciones

| **Inicio de tratamiento de hipertensión arterial en la AP** | |
|---|---|
| **Débil en contra** | En personas con sospecha de ictus agudo se sugiere no tratar la PA elevada en el ámbito extrahospitalario, siempre que se mantenga una PAS < 220 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) < 120 mmHg, salvo en determinadas situaciones urgentes, como sospecha clínica fundada de insuficiencia cardiaca izquierda, síndrome coronario agudo, disección aórtica o preeclampsia/ eclampsia. |

| | |
|---|---|
| **BPC** | • En el caso en que se decida tratar, evitar descensos bruscos e intensos de la PA (más del 20 % en menos de 24 horas).<br>• Evitar los fármacos sublinguales de acción rápida y utilizar preferentemente la vía intravenosa, y si no es posible, la vía oral (tras valoración de disfagia).<br>• Cuando exista hipotensión, descartar la presencia de otra enfermedad concomitante grave y tratar según la etiología. |
| **Cifras a partir de las cuales iniciar tratamiento** | |
| **Débil en contra** | Se sugiere no tratar la hipertensión en personas con ictus isquémico agudo cuando su PA es < 220/120 mmHg y no van a recibir trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica. |
| **BPC** | En personas con ictus isquémico agudo no tratados con trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica y con una PA > 220/120 mmHg, es razonable el tratamiento farmacológico (reducción menor al 15 % de la PAS en 24 horas). |
| **Débil a favor** | En personas con hemorragia intracerebral aguda (menos de 6 horas desde el inicio de los síntomas), se sugiere la disminución de la PA hasta 140 mmHg para reducir la expansión del hematoma. |
| **BPC** | En personas con hemorragia intracerebral aguda, iniciar el tratamiento antihipertensivo tan pronto como sea posible. |

# Justificación

## Inicio de tratamiento de hipertensión arterial en la AP

La evidencia encontrada, aunque es de baja calidad, no apoya el tratamiento prehospitalario de la hipertensión arterial en personas con ictus agudo, por lo que se realiza una recomendación débil en contra de esta intervención.

## Cifras a partir de las cuales iniciar tratamiento

No hay estudios que determinen a partir de qué cifras se ha de tratar la hipertensión arterial, pero sí recomendaciones de buena práctica en determinados contextos en base a estudios de asociación entre el nivel de PA y los desenlaces clínicos de las personas que han sufrido un ictus.

## Tratamiento farmacológico para elegir

No se puede recomendar un fármaco en particular, puesto que no hay evidencia que determine cuál de ellos es mejor o más eficaz en reducir la PA o en mejorar los desenlaces de interés de estos pacientes. Por ello no se hacen recomendaciones a favor de uno u otro fármaco.

# Justificación detallada

## Inicio de tratamiento de hipertensión arterial en la AP

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es muy baja, porque se incluyen solo dos estudios pequeños en el ámbito prehospitalario, que tampoco es exactamente el contexto que se está evaluando en este caso (sería en el contexto de AP y no en la ambulancia).
- **Balance entre beneficios y riesgos**: los estudios señalan que no hay beneficios en la reducción de la tasa de mortalidad ni en la recuperación funcional a los tres o seis meses, por lo que el balance no favorece la intervención.
- **Factibilidad:** se considera que no es factible iniciar el tratamiento desde AP por los problemas que podrían surgir, y que es mejor esperar su inicio en el contexto hospitalario.

## Cifras a partir de las cuales iniciar tratamiento

Los estudios de asociación entre el nivel de PA y los desenlaces de interés establecen puntos de corte a partir de los cuales los resultados en salud son peores o mejores. De aquí que se puedan establecer estos puntos de corte para iniciar el tratamiento, aunque no se ha demostrado que la disminución de la PA en esos casos se asocie a mejores resultados en los pacientes. Por ello, y teniendo en cuenta las recomendaciones de buena práctica de otras guías, se consideran unos límites de tratamiento para cada tipo de situación particular.

## Tratamiento farmacológico para elegir

No hay estudios que comparen cuál de los fármacos tiene mejores resultados en relación con los desenlaces de interés de las personas que han sufrido un ictus, por lo que no se hace recomendación sobre cuál debería ser el fármaco a utilizar para tratar la hipertensión arterial en estos pacientes.

# De la evidencia a la recomendación

## Inicio de tratamiento de hipertensión arterial en la AP

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** insignificantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en el estudio RIGHT (22), con 41 personas con sospecha de ictus (FAST 2 de 3) y PAS de más de 140 mmHg en las cuatro primeras horas del inicio de los síntomas, tras la aleatorización de los pacientes, se proporcionó gliceriltrinitrato (GTN) transdermal por personal paramédico entrenado. A los **90 días** hubo una **recuperación significativa en la escala de Rankin modificada (ERm) a favor del tratamiento,** pero no en **mortalidad** (GTN 4/25

vs. no GTN 6/16, p=0,15). El estudio RIGHT-2 (23) reclutó 1149 personas con sospecha de ictus (FAST con 2 o 3 puntos), y PAS de más de 120 mmHg en las cuatro horas tras el inicio de los síntomas. No encontraron diferencias en las **puntuaciones de ERm** (GTN 358/568 (66 %) vs. no GTN 373/581 (67 %); p=0,88), ni en la tasa de **mortalidad**.

En conjunto, se estima una **tasa de mortalidad a tres meses** similar entre grupos (dos ECA; n=1190; 18,4 % vs. 17,4 %; OR de 0,74 (IC95 % de 0,23 a 2,35). La tasa de **buen estado funcional a los tres meses** (puntuación ERm de 0 a 2) también fue similar (dos ECA; n=1190; 37,4 % vs. 35,5 %; OR 1,33 (IC95 % de 0,59 a 3,01) (24, 25).

Cabe señalar que la PAS media de ambos estudios oscila entre los 160 y 168 mmHg.

- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han recogido datos de efectos adversos en los estudios incluidos.
- **Consideraciones adicionales:** no se recogen efectos no deseados, pero se considera que hay más riesgo de una bajada de PA excesiva si se administran antihipertensivos en el contexto extrahospitalario.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** son dos ECA, uno es un estudio piloto y los intervalos de confianza son muy amplios para los OR estimados, tanto para la **mortalidad a los tres meses** como para un **buen estado funcional** (ERm entre 0-2) a los tres meses post-ictus.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Hay incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia al respecto**.**
- **Consideraciones adicionales:** se considera que no habría variabilidad en la opinión de las personas que han sufrido un ictus con los desenlaces considerados.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** probablemente favorece la comparación.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han descrito beneficios de iniciar el tratamiento de forma prehospitalaria, ni en la mortalidad ni en la recuperación funcional a los tres meses del ictus, aunque la evidencia es de muy baja calidad. Por ello, probablemente sea mejor no iniciar el tratamiento en ese contexto.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** costes moderados
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se debería formar al personal sanitario, y si el tratamiento no tiene beneficio, utilizarlo siempre supondrá un coste y eso sin conocer si tienen efectos secundarios que puedan suponer también un aumento del uso de recursos para atender las complicaciones que puedan surgir.

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** probablemente favorece la comparación.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
- **Consideraciones adicionales:** si la intervención no tiene beneficios, no merece la pena realizar estudios de coste-efectividad, puesto que no saldría coste-efectiva. Por lo tanto, se favorecería la comparación.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no habría impacto en la equidad.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se cree que la equidad no se vería comprometida en este caso.

**j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:** probablemente no.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado**.**
- **Consideraciones adicionales:** se cree que ni profesionales ni personas con ictus aceptarían el inicio del tratamiento antihipertensivo si no hay evidencia que apoye su uso.

**k) ¿Es factible la implementación de la intervención?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se considera que sí sería factible implementar el tratamiento antihipertensivo en AP.

## Cifras a partir de las cuales iniciar tratamiento

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:**
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** insignificante.
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** moderada.
  - **Hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** los estudios señalan diferencias en las cifras a partir de las cuales habría que iniciar tratamiento en función del tipo de ictus y de si van a recibir o no tratamiento mediante trombólisis endovenosa o trombectomía mecánica.
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** en ausencia de revascularización, hay una relación tipo J o U entre la presión sanguínea y los resultados en salud tras un ictus isquémico agudo (26). Tanto una PA alta como baja en las horas iniciales se asocia con desenlaces clínicos no favorables. El nadir difiere entre estudios (de 120 a 185 mmHg), aunque la mayoría lo sitúa entre 150-160 mmHg y es mayor en las primeras 24-48h. A menudo disminuye de forma espontánea, incluso sin medicación (26).
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** la relación se vuelve más compleja en estos casos. Personas con menor PAS post-trombólisis tienen resultados más favorables (nadir 148-160 mmHg). Los estudios demuestran de forma consistente que una menor PA se asocia con mejores resultados clínicos. Al ingreso, el límite era de 160-180 mmHg. Post-trombectomía, ésta era 20 mmHg menor, hasta 120 mmHg (26).
  - **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** un estudio prospectivo demostró que disminuir la PAS por debajo de 160 mmHg era seguro y factible. En un análisis *post-hoc* encontraron que el nivel que se asociaba con un menor riesgo de malos resultados clínicos fue **130 mmHg**. Los estudios retrospectivos demostraron de forma consistente que una PAS menor de 160 mmHg o 140 mmHg se asociaba con mejores resultados clínicos (26).

  En cuanto a los resultados de tratar la hipertensión arterial en personas que han sufrido un ictus:
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis intravenosa ni trombectomía mecánica:** el tratamiento con cualquier vasodepresor no disminuye la **mortalidad a los 3-6 meses** (18 ECAs; n=15144; 9,7 % vs. 8,6 %; OR 1 (IC95 % de 0,84 a 1,19)) (calidad moderada), ni la recuperación del **estado funcional** a **los tres o seis meses** (12 ECAs; n=9700; 65,8 % vs. 67 %; OR 0,98 (IC95 % de 0,85 a 1,12)) (24).

- **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** no hay ensayos clínicos sobre la seguridad y eficacia de la disminución de la PA en personas con ictus isquémico agudo que excedan las cifras de PA recomendadas y en tratamiento con trombólisis endovenosa.
  En cuanto al tratamiento intensivo (cifra objetivo 130-140 mmHg en 1 h) frente al no intensivo (cifra objetivo < 180 mmHg en 72 h), no se observan diferencias tanto en mortalidad como en un buen estado funcional a los tres meses en personas candidatas a trombólisis intravenosa (24).
- **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** en personas con ictus hemorrágico agudo (primeras 6 h), no hay diferencias en **mortalidad a los tres y seis meses** (cinco ECAs; n=3314; 11,7 % vs. 11,9 %; OR 0,95 (IC95 % de 0,64 a 1,43)), aunque sí en la **expansión del hematoma** (tres ECAs; n=2186; 21,4 % vs. 25,1 %; OR 0,81 (IC95 % de 0,67 a 0,99)), que reduce de forma significativa para el grupo tratado (24).

• **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

• **Juicio:**
- **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** no se sabe.
- **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** moderada.
- **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** no se sabe.

• **Evidencia procedente de la investigación:**
- **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** no se han identificado datos, aunque utilizar fármacos que no son eficaces podría aumentar la probabilidad de aparición de efectos adversos.
- **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** la evidencia sugiere que la presión sanguínea elevada antes o durante la trombólisis endovenosa puede relacionarse con desenlaces clínicos y resultados de imagen adversos (24), por lo que la infusión de alteplasa en aquellos con niveles de PAS y PAD elevados (> 185/110 mmHg) está contraindicada.
  La probabilidad de **hemorragia intracraneal sintomática** es mayor en personas con ictus isquémico agudo con PA previa > 185/110 mmHg tratados con trombólisis endovenosa (OR de 1,39 a 2,59) (27, 28). En el estudio de Tsivgoulis G *et al*. (27), las violaciones del protocolo de PA pretratamiento con trombólisis endovenosa (> 185/110 mmHg) ocurrieron en el 12 % de los ictus isquémicos agudos, siendo la hemorragia intracraneal sintomática más probable en las personas en las que se había violado el protocolo de PA (OR 2,59; IC95 % de 1,07 a 6,25; p=0,034).
  En un análisis retrospectivo del estudio *Safe Implemenetation of Treatments in Stroke thrombolysis registry* (SITS) (28), se encontró que una PA elevada pretratamiento era el único criterio *off-label* asociado de forma independiente a un mayor OR para sICH (OR 1,39; IC95 % de 1,08 a 1,80).

  - **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** no se han identificado efectos adversos no deseados.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:**
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** moderada.
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** muy baja.
  - **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** la calidad de la evidencia para los desenlaces considerados fue moderada en todos los casos.
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** no hay estudios aleatorizados o prospectivos sobre la eficacia y seguridad de reducir la hipertensión arterial en personas con ictus isquémico agudo candidatos a trombólisis intravenosa, la evidencia proviene de estudios observacionales que señalan un aumento de riesgo de hemorragia intracraneal sintomática con niveles de PA superiror a 185 mmHg.
  - **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** la calidad de la evidencia para el desenlace de mortalidad es muy baja, lo que condiciona la calidad global de la evidencia.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Hay incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia al respecto**.**
- **Consideraciones adicionales:** se considera que no habría variabilidad en la opinión de las personas con los desenlaces considerados.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:**
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** favorece la comparación.
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** probablemente favorece la intervención.
  - **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** probablemente favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** se considera que al no en-

contrar evidencia sobre la eficacia del tratamiento antihipertensivo en los desenlaces de interés de personas con ictus agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis, no se justifica el tratamiento antihipertensivo en estas personas.
  - **Personas con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** aunque no existe evidencia directa, la relación entre el riesgo de hemorragia intracraneal sintomática en pacientes con ictus agudo e hipertensión arterial previa al tratamiento con trombólisis intravenosa, inclina la balanza a favor del tratamiento de la hipertensión arterial en aquellas personas que son susceptibles al tratamiento mediante trombólisis intravenosa.
  - **Personas con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** aunque no se hayan encontrado diferencias significativas en mortalidad, sí se ha señalado un impacto en la extensión del hematoma intracraneal, con lo que la balanza favorecería al tratamiento antihipertensivo en personas que han sufrido un ictus hemorrágico.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios para ninguno de los casos.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:**
  - **Pacientes con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** no se sabe.
  - **Pacientes con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis**: no se sabe.
  - **Pacientes con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:**
  - **Pacientes con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial no candidatos a trombólisis endovenosa ni trombectomía mecánica:** probablemente sí.
  - **Pacientes con ictus isquémico agudo e hipertensión arterial candidatos a trombólisis:** probablemente sí.

– **Pacientes con hemorragia intracraneal e hipertensión arterial:** probablemente sí.

- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado**.**
- **Consideraciones adicionales:** se cree que, en el caso de ser candidatos a trombólisis, cualquier persona querría reducir el riesgo de presentar hemorragia intracraneal sintomática. Asimismo, en el caso de personas con hemorragia intracraneal, si el tratamiento reduce la extensión del hematoma y las posibles consecuencias en la salud de las mismas, tampoco habría problemas de aceptabilidad.

**k) ¿Es factible la implementación de la intervención?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se cree que la implementación en los tres casos sería factible.

## Tratamiento farmacológico a elegir

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en la revisión de Bath *et al*. (29) se señala que en el subgrupo de personas con ictus isquémico agudo (n=11015) no se observa un beneficio sobre la **muerte o la dependencia** de recibir tratamiento frente al control (**OR 1; IC95 % de 0,92 a 1,08**).
  Y en cuanto al tipo de fármaco, no se encontraron diferencias sobre la combinación de **muerte o dependencia** (OR 0,98; IC95 % de 0,92 a 1,05), siendo la heterogeneidad muy baja. Ninguna de las comparaciones individuales entre clases de fármacos o estrategias de bajada de PA fue significativa. Todos los fármacos (CCBs, ACEi, ARB, betabloqueantes y donantes de **óxido nítrico**) **disminuían la PA** (29).
- **Consideraciones adicionales:** todos los estudios (publicados hasta mayo de 2014) se realizaron en hospitales. Se necesita más evidencia para identificar las personas que más se pueden beneficiar en modificar los valores de PA, el momento temporal en el que el tratamiento puede ser eficaz, los tipos de ictus que pueden responder más favorablemente y el contexto en el que el tratamiento puede ser administrado en la práctica diaria.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han descrito los efectos adversos en la revisión.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** aunque no se presenta la evaluación de la calidad de la evidencia de cada comparación, en general son pocos estudios (los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) son los que más estu-

dios y número de pacientes tienen), y se trata de comparaciones frente a placebo, no entre diferentes tipos de fármacos antihipertensivos.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia al respecto**.**
- **Consideraciones adicionales:** se considera que no habría variabilidad en la opinión de las personas que han sufrido un ictus con los desenlaces considerados.

**e) El balance entre los efectos deseados y los no deseados esperados, ¿favorece a la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** se señala que todos los fármacos disminuyen la PA pero no cuál es mejor. En cuanto al efecto sobre mortalidad o dependencia, tampoco se señalan diferencias.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** si se puede utilizar cualquier fármaco, el coste de cada fármaco puede ser un criterio a tener en cuenta a la hora de utilizar uno u otro.

**g) ¿Cuál es la confianza en la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** si la eficacia fuera similar, pero pudiera haber diferencias en los costes, podía haber alguna alternativa mejor que otra; pero no hay evidencia.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
- **Consideraciones adicionales:** si la eficacia fuera similar, pero pudiera haber diferencias en los costes, podía haber alguna alternativa mejor que otra. No hay evidencia para establecer si hay algún fármaco mejor que otro para su uso en estos casos.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado**.**
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**k) ¿Es factible la implementación de la intervención?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

## 5.2. Hiperglucemia

# Preguntas

- En personas con sospecha de ictus agudo, ¿se debe iniciar tratamiento de la hiperglucemia desde la AP/prehospitalaria?
- ¿A partir de qué cifras debe tratarse la hiperglucemia?

# Contexto

Varios estudios han encontrado que la hiperglucemia en el ingreso es una característica común en el ictus agudo, independientemente del tipo de ictus del que se trate. De hecho, la presencia de una hiperglucemia persistente se ha asociado con la expansión del infarto y con peores resultados funcionales.

La hiperglucemia se presenta en el 40 o 50 % de las personas que han sufrido un ictus. Estudios de monitorización continua de la glucosa han descrito la existencia de dos fases en la hiperglucemia post-ictus: una precoz, durante las primeras ocho horas y que tiene lugar en el 100 % de los diabéticos y el 50 % de los no diabéticos; y una fase más tardía, 48 horas después del ictus, que ocurre con menor frecuencia. Se ha descrito también que una glucemia capilar superior a los 155 mg/dL en las primeras 48 horas tras el ictus se asocia con peores resultados clínicos para el paciente.

Por ello, se quiere analizar si disminuyendo el nivel de glucosa en personas que acaban de sufrir un ictus agudo y presentan hiperglucemia, se consiguen mejores resultados clínicos.

# Recomendaciones

| Hiperglucemia | |
|---|---|
| **Débil en contra** | Se sugiere no tratar de forma prehospitalaria la hiperglucemia en personas con sospecha de ictus agudo. |
| **Fuerte en contra** | Se recomienda no tratar de forma intensiva la hiperglucemia en personas con ictus agudo. |
| **BPC** | Tratar la hiperglucemia en aquellos casos que se superen los 155 mg/mL, manteniendo el nivel entre los 140-180 mg/dL. |
| **BPC** | Descartar la hipoglucemia como causa de los síntomas y corregir el nivel de glucemia si ésta estuviese presente. |

# Justificación

No existe evidencia sobre el beneficio de tratar de forma prehospitalaria a personas que han sufrido un ictus agudo y presentan hiperglucemia, solo se ha identificado un estudio que evalúa el efecto del tratamiento en los niveles de glucemia y los episodios de hipoglucemia que podían darse, por lo que se ha formulado una recomendación débil en contra de dicha intervención.

En cuanto a las cifras de glucemia a partir de las cuales habría que iniciar tratamiento, no se hace una recomendación en base a evidencia, pero sí una recomendación de buena práctica.

# Justificación detallada

## Inicio de tratamiento de hiperglucemia en AP

- **Calidad de la evidencia**: la calidad de la evidencia es muy baja, porque el único estudio que se ha identificado valora el efecto del tratamiento en el valor de la glucemia y no en los desenlaces de interés para las personas que acaban de sufrir un ictus.
- **Balance entre beneficios y riesgos**: la insulina intravenosa disminuye la glucosa en plasma de forma significativa y la subcutánea no, pero no hay más datos relevantes para el paciente.
- **Aceptabilidad e implementación**: probablemente estarían de acuerdo en no iniciar el tratamiento.

## Cifras a partir de las cuales iniciar tratamiento

No se hace una recomendación en base a evidencia, pero sí una recomendación de buena práctica en base a un estudio español y las cifras objetivo que se marcaron en los grupos control de los ensayos clínicos incluidos en la comparación con el tratamiento intensivo. También se tiene en cuenta de forma indirecta que el tratamiento intensivo no tiene beneficios sobre los desenla-

ces de interés para las personas con ictus, además de aumentar los episodios de hipoglucemia. No se toma el valor de 11 mmol/L, porque se considera que se trata de un valor demasiado elevado y porque formaba parte de otro paquete de medidas que hace difícil evaluar el efecto directo de la medida.

No se realiza distinción entre personas con o sin diabetes, porque se considera que el 25 % de las personas con ictus que acuden al hospital tienen diabetes no conocida. Por eso, se considera tratar a todos por igual.

# De la evidencia a la recomendación

## Inicio de tratamiento de hiperglucemia en AP

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** insignificantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  La guía de la *European Academy of Neurology* (EAN) y *European Stroke Organization* (ESO) 2017 (30) identifica un único estudio en el ámbito prehospitalario (31) sobre la administración de insulina intravenosa o subcutánea y de su efecto en personas con ictus agudo e hiperglucemia. Se observa que la **concentración de glucosa** del grupo con tratamiento intravenoso disminuye de forma significativa (–1,9 mmol/ L, IC95 % de –3,5 a –0,27, o lo que es lo mismo: -34,23 mg/dL, IC95% de -63,06 a -4,86 mg/dL) en comparación con el del grupo control. La insulina subcutánea no disminuyó la **glucosa en plasma** de forma significativa frente al grupo control (–0,9 mmol/L, IC95 % de –2,4 a 0,6; o lo que es lo mismo -16,4mg/dL, IC95% de -43,24 a 10,81 mg/dL).
  En la búsqueda realizada para actualizar la evidencia desde la publicación de esta guía, no se identificaron nuevos estudios en el ámbito prehospitalario, y tampoco referidos a la AP, que proporcionaran más datos al respecto, por lo que no hay evidencia que establezca si el tratamiento de forma prehospitalaria tiene efecto en los desenlaces de interés.
- **Consideraciones adicionales:** en el estudio de Nurmi *et al*. (31) solo se mide si se disminuye o no el nivel de glucosa (definen hiperglucemia como glucosa en plasma > 6 mmol/dL, o lo que es lo mismo, > 108,1 mg/dL) y si se dan eventos hipoglucémicos, pero no se mide el impacto en los desenlaces de interés para el paciente.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:** pequeños.
- **Evidencia procedente de la investigación:** el estudio de Nurmi *et al*. (31), no registró **eventos adversos serios,** aunque sí una hipoglucemia sintomática en el grupo intravenoso y una hipoglucemia asintomática retardada en una persona que recibió por error una dosis subcutánea más alta que la del protocolo**.**
- **Consideraciones adicionales:** no se recogen efectos no deseados, pero se considera que hay más riesgo de hipoglucemia si se inicia el tratamiento en el contexto prehospitalario.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no hay estudios que valoren el efecto de tratar la hiperglucemia en personas que han sufrido un ictus agudo en los desenlaces del paciente, solo se mide si se desciende o no el nivel de glucemia en éstos.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia al respecto**.**
- **Consideraciones adicionales:** se considera que no habría variabilidad en la opinión de los pacientes con los desenlaces considerados.

**e) El balance entre los efectos deseables e indeseables esperados, ¿favorece a la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:** no favorece ni la intervención ni la comparación.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han descrito los beneficios de iniciar tratamiento de forma prehospitalaria en la mortalidad ni en la recuperación funcional a los tres meses del ictus, aunque la evidencia es de muy baja calidad. Por ello, probablemente sea mejor no iniciar el tratamiento en ese contexto.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se debería formar al personal sanitario, y si el tratamiento no tiene beneficio, utilizarlo siempre supondrá un coste, y eso sin conocer si tienen efectos secundarios que puedan suponer también un aumento de los recursos requeridos.

**g) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
- **Consideraciones adicionales:** si la intervención no tiene beneficios, no merece la pena realizar estudios de coste-efectividad, puesto que no saldría coste-efectiva.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**j) ¿Es aceptable la opción para las partes interesadas?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado**.**
- **Consideraciones adicionales:** no sería una intervención aceptable por las personas con ictus ni profesionales sanitarios.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se piensa que sí sería factible implementar el tratamiento para la hiperglucemia en AP.

## Cifras a partir de las cuales iniciar tratamiento

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  La guía australiana (32) incluye el ensayo *Quality in Acute Stroke Care* (QASC) (33) en el que cuando se utiliza el tratamiento de la hiperglucemia > 11 mmol/L (o lo que es lo mismo, > 200 mg/dL) en las primeras 72 h (como parte de un paquete de medidas), se obtiene una mejora en los resultados a 90 días (157 pacientes menos con mortalidad o dependencia por 1000 pacientes tratados), aunque no se puede atribuir el efecto solo a dicha intervención.
  Los estudios que evalúan la eficacia del tratamiento intensivo frente al grupo control demuestran que no se obtienen beneficios al marcarse niveles objetivos estrictos, además de aumentar los eventos adversos asociados al tratamiento.
  Los niveles objetivo que se marcan en los diferentes estudios son los siguientes:
  En España, el estudio *GLycemia in Acute Stroke study* (GLIAS) (34) señaló que el valor de glucosa con mayor valor predictivo de un mal desenlace a los tres meses era de 155 mg/mL (S del 53 %; E del 73 %), que se asociaba con un aumento del riesgo de 2,7 veces de presentar muerte o dependencia (IC95 % del 1,42 a 5,24) tras ajustar por edad, diabetes, glucosa capilar al ingreso, volumen de infarto y gravedad basal del ictus, siendo el HR de muerte a los tres meses de 3,80 (IC95 % de 1,79 a 8,10).

En cuanto al efecto del tratamiento intensivo frente al convencional o no tratamiento, la quía de la ESO de 2018 (35), señala que, en personas con ictus isquémico, no se encuentran diferencias significativas en presentar un buen desenlace al final del seguimiento (ocho estudios; n=560; RR 1,09; IC95 % de 0,87 a 1,37) o mayor supervivencia (RR 0,99; IC95 % de 0,94 a 1,05) (35). Lo mismo ocurre con las personas con ictus hemorrágico, aunque solo se incluyó un único estudio (36), sin encontrar diferencias significativas en obtener un buen resultado al final del seguimiento (RR de 0,72; IC95 % de 0,14 a 3,61), mayor supervivencia (RR 0,81; IC9 5% de 0,4 a 1,65).

| Autores | Intervención | Control |
|---|---|---|
| Bruno *et al*. | 5-7,2 mmol/L (90-130 mg/dL) | < 11 mmol/L (< 200 mg/dL) |
| Green *et al*. | 4,4-6 mmol/L (80-110) | < 8,2 mmol/L (< 150 mg/dL) |
| Johnson *et al*. | Two groups*: loose* control group: 3,8-11 mmol (70-200 mg/dL); *tight* control group: 3,8-6 mmol/L (70-110 mg/dL) | 3,8-16,5 mmol/L (70-300 mg/dL) |
| Kreisel | 4,44-6 mmol/L (80-110 mg/dL) | < 11 mmol/L (< 200 mg/dL) |
| McCormick | 4-7 mmol/L (72-127 mg/dL) | - |
| Rosso *et al*. | 5,5-7 mmol/L (100-127 mg/dL) | < 7 mmol/L (< 127 mg/dL) |
| Staszewski *et al*. | 4,5-7 mmol/L (81-127 mg/dL) | ≤ 10 mmol/L (≤ 180 mg/dL) |
| Vinychuck *et al*. | < 7 mmol/L (< 127 mg/dL) | - |
| Johnston *et al*. | 80 to 130 mg/dL (4,44-7,22 mmol/L) | 80 to 179 mg/dL (4,44-9,93 mmol/L). |

- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** los estudios que evalúan la eficacia del tratamiento intensivo frente al grupo control demuestran que no se obtienen beneficios al marcarse niveles objetivos estrictos, además de aumentar los eventos adversos asociados al tratamiento.

  En cuanto al efecto del tratamiento intensivo frente al convencional o no tratamiento, la guía de la ESO de 2018 (35), señala que, en personas con ictus isquémico, aumenta el riesgo de hipoglucemia (ocho estudios; n=458; RR 4,75; IC95 % de 1,52 a 14,85) y de hipoglucemia sintomática (nueve estudios; n=491; RR 2,99; IC95 % de 0,95 a 9,40) (35), aunque no de forma significativa. Lo mismo ocurre con las personas con ictus hemorrágico, aunque solo se incluyó un único estudio (36), sin encontrar diferencias significativas en el riesgo de hipoglucemia (RR 3,2; IC95 % de 0,39 a 27,15).
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** muy baja.

- **Evidencia procedente de la investigación:** no hay estudios que comparen el efecto sobre los desenlaces clínicos del tratamiento de la hiperglucemia en función del nivel glucémico de partida, aunque existen estudios sobre el efecto del nivel de glucemia en los desenlaces de interés y estudios que demuestran que el tratamiento intensivo frente al convencional no obtiene beneficios.
  Por ello, se considera que la calidad es muy baja.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia al respecto**.**
- **Consideraciones adicionales:** se considera que no habría variabilidad en la opinión de las personas con los desenlaces considerados.

**e) El balance entre los efectos deseados y los no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** se espera que, aunque no haya evidencia directa, la disminución de la hiperglucemia a partir del valor determinado tendrá más beneficios que riesgos, pero no se sabe con certeza.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**g) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
- **Consideraciones adicionales:** si la intervención no tiene beneficios, no merece la pena realizar estudios de coste-efectividad, puesto que no saldría coste-efectiva.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**j) ¿Es aceptable la opción para las partes interesadas?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado**.**
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

## 5.3. Tratamiento antiagregante

### Pregunta

| |
|---|
| ¿Se debe iniciar tratamiento antiagregante de forma inmediata desde AP en personas con sospecha de ictus agudo? |

### Contexto

La administración precoz de antiagregantes en personas con sospecha de ictus isquémico podría reducir el riesgo de recurrencia del ictus.

Sin embargo, este tratamiento puede llevar también al aumento del número de episodios de hemorragia intracraneal sintomática y extracraneal grave, especialmente si no se conoce cuál es el origen del ictus y se trata de una persona que está sufriendo una hemorragia intracraneal.

### Recomendaciones

| | |
|---|---|
| **BPC** | No iniciar tratamiento antiagregante en personas con ictus antes de descartar hemorragia mediante una tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM). |
| **Fuerte a favor** | Se recomienda iniciar tratamiento antiagregante en personas con ictus isquémico agudo tan pronto se descarte hemorragia intracraneal por técnicas de imagen. |

### Justificación

Se ha considerado seguir siendo prudentes y mantener la idea de no iniciar tratamiento antiagregante desde AP hasta no haber descartado mediante prueba de imagen la presencia de hemorragia intracraneal. De lo que sí hay evidencia es de que, una vez descartada la presencia de hemorragia intracraneal, el inicio de tratamiento antiagregante en personas con ictus isquémico agudo sí tiene beneficios en el paciente.

# Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es muy baja, puesto que se incluyó un subanálisis de los pacientes de los estudios *International Stroke Trial (IST)* y *Chinese Acute Stroke Trial (CAST)* en los que no se descartó hemorragia intracerebral antes de la aleatorización (37).
- **Balance entre beneficios y riesgo**s: el ácido acetilsalicílico (AAS) parecía reducir la incidencia de otros ictus (uno (0,3 %) vs. ocho (2,2 %)) (37) y no aumentaba el riesgo de sufrir otra hemorragia craneal sintomática, pero debido a la baja calidad de los datos y al principio de prudencia, se considera que no hay suficientes datos para señalar si el balance favorece o no la intervención.
- **Aceptabilidad**: se cree que los profesionales no aceptarían iniciar tratamiento antiagregante sin haber descartado antes la presencia de hemorragia intracraneal.

# De la evidencia a la recomendación

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** pequeños.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  En la versión anterior de la guía se incluyó un MA de datos individuales de los estudios IST y CAST que indicaba que el **22 % de los pacientes** (n=773) **de estos estudios fueron aleatorizados a recibir o no tratamiento antes de haberse realizado la** TC, observando resultados similares a los de pacientes aleatorizados después de la prueba de imagen.
  El riesgo general de **presentar otro ictus o muerte** fue alto (17 %). Sin embargo, el tratamiento con AAS parecía **reducir la incidencia de otros ictus** (uno (0,3 %) vs. ocho (2,2 %)) (37).
- **Consideraciones adicionales:**
  En la búsqueda realizada, se han identificado varias revisiones sobre el uso de antiagregantes, y entre ellas, la actualización de la revisión Cochrane (38) utilizada en la versión anterior de la guía. Esta RS también se señala en la guía australiana de la *Stroke Foundation* que ha sido utilizada como base para la actualización de la evidencia (39).
  La RS Cochrane (38) incluye tres estudios nuevos que no cambian prácticamente los resultados obtenidos para los desenlaces, puesto que los estudios que más peso tienen para responder a la pregunta fueron publicados con anterioridad. De todos modos, se han actualizado los datos obtenidos para cada desenlace, y se ha revisado la valoración de la calidad de la evidencia realizada por los autores de la RS (38).
  En aquellas personas con ictus isquémico **en los que se ha descartado hemorragia intracerebral**, el tratamiento con antiagregantes reduce el riesgo de muerte o dependencia al final del seguimiento (siete estudios; n=42034; Peto OR 0,95; IC95 % de 0,91 a 0,99), lo que significa en números absolutos 13 muertes o dependencia menos por 1000 (de 23 a dos menos).
  También se reduce el riesgo de **mortalidad por cualquier causa** (10 estudios; n=41929; Peto OR 0,93; IC95 % de 0,87 a 0,98), lo que significa ocho muertes menos por 1000 (de 15 a dos menos); el riesgo de **ictus recurrente durante el tratamiento**

(siete pacientes menos por 1000 (de nueve a cuatro menos) (nueve estudios; n=41652; Peto OR de 0,79; IC95 % de 0,70 a 0,88) y aumenta el número de pacientes que se **recuperan de forma completa del ictus** (dos estudios; n=40541; Peto OR de 1,06; IC95 % de 1,01 a 1,11); 11 pacientes más por 1000 pacientes tratados (de dos a 21 más)) (38).

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:** pequeños.
- **Evidencia procedente de la investigación:** el AAS no aumentaba de forma significativa la incidencia de presentar otra **hemorragia cerebral sintomática** (29 (7,3 %) vs. 26 (6,9 %)) (37) en los pacientes que habían sido clasificados posteriormente como ictus hemorrágico.

  Además, en personas con ictus isquémico en los que se ha descartado hemorragia intracerebral, el riesgo absoluto de **hemorragia extracraneal importante** era algo mayor con tratamiento antiagregante (**cuatro casos más por 1000** (IC95 % de dos a seis más) (siete estudios; n=41042 pacientes; Peto OR de 1,69; IC95 % de 1,35 a 2,11), así como el riesgo de **hemorragia intracraneal importante** que fue de dos más por 1000 (de cero menos a cuatro más) (nueve estudios; n=41652; Peto OR de 1,18 (de 0,97 a 1,44).
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**c) ¿Cuál es la calidad global en la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** los resultados se obtuvieron en un análisis de subgrupos de dos estudios de forma posterior. Asimismo, en cuanto a la evidencia del tratamiento antiagregante en personas con ictus isquémico en los que se ha descartado hemorragia intracraneal, la calidad de la evidencia es moderada.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran los desenlaces principales?**

- **Juicio:** la incertidumbre o la variabilidad probablemente no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia al respecto**.**
- **Consideraciones adicionales:** se considera que no habría variabilidad en la opinión de las personas que han sufrido un ictus con los desenlaces considerados.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no favorece ni la intervención ni la comparación.
- **Evidencia procedente de la investigación:** a pesar de que los estudios no demostraron un efecto negativo del AAS en personas con ictus hemorrágico, los datos se obtienen de un análisis posterior, y se señala que conviene ser prudentes al hablar de tratar con AAS a personas que pueden tener una hemorragia intracerebral. El balance en el caso de las personas en las que se ha descartado ictus hemorrágico sí es favorable al tratamiento antiagregante.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se debería formar al personal de AP, y si el tratamiento no tiene beneficio utilizarlo siempre supondrá un coste, y eso sin conocer si tienen efectos secundarios que puedan suponer también un aumento del mismo.

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se puede valorar porque no se han incluido estudios.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** probablemente no.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** se cree que en nuestro ámbito es factible que las personas con sospecha de ictus accedan a pruebas de imagen de forma temprana antes de iniciar tratamiento con AAS, por lo que se puede esperar a descartar la hemorragia por TC/RM o a descartar tratamiento por fibrinolisis. Por eso se cree que no sería aceptable la intervención.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** se piensa que sí sería factible no implementar el tratamiento antiagregante hasta disponer de la prueba de imagen.

# 6. Manejo del ictus comunicado

## Pregunta

¿Debe ser derivado de manera urgente a Atención Hospitalaria una persona con sospecha de AIT o ictus estable que refiere el inicio de los síntomas hace más de 48 horas?

## Contexto

Se ha descrito que no todas las personas que inician con síntomas compatibles con un AIT o un ictus leve acuden al médico de forma inmediata. Hay personas que acuden tras haber transcurrido 24 horas o más desde el inicio de los síntomas. A estas personas algunos profesionales las denominan casos de "ictus comunicado" o "referido".

En la guía de 2009 (1) se definió de forma consensuada a estas personas como "posible AIT o ictus estable de al menos 48 horas de evolución", que engloba tanto la persona que ya no presenta síntomas cuando acude al centro sanitario y éstos han durado menos de 24 horas (sospecha de AIT), así como aquella que acude al centro de salud cuando ya han transcurrido más de 48 horas desde que iniciaron los síntomas.

El riesgo de recurrencia del ictus es alto en las primeras 48 horas tras el inicio de los síntomas y la recomendación es la derivación urgente al hospital. Sin embargo, en este caso lo que se pretende es saber si hay que derivar o no de forma urgente a una persona con sospecha de ictus leve o AIT que se presenta en AP cuando ya han transcurrido más de 48 horas desde el inicio de los síntomas.

## Recomendaciones

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor** | Se recomienda la derivación urgente de la persona con sospecha de ictus o de AIT que acude al centro de AP en la ventana temporal entre las 48 horas hasta los primeros siete días desde el inicio de los síntomas. |

## Justificación

Los factores determinantes para esta recomendación han sido, por un lado, la evidencia de calidad moderada que señala el beneficio en la salud de las personas a las que va dirigida, y por otro, la reducción de los costes del manejo posterior del paciente. Por ello, queda justificado realizar una recomendación fuerte a favor.

Sin embargo, no se hace una recomendación de qué características tienen mayor o menor prioridad para dicha atención urgente, puesto que en general no se recomienda utilizar herramientas de cálculo de riesgo de recurrencia de estos pacientes.

# Justificación detallada

- **Balance de beneficios y riesgos:** la tasa de recurrencia a los siete días era de un 5,7 %, y a los 30 días, de un 6,3 %. A los 90 días, la tasa de recurrencia se situaba en un 7,4 % (40). En el estudio *Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (*EXPRESS) entre el 74 % y el 82 % de los casos de recurrencia a los 90 días se dieron en la primera semana tras el inicio de los síntomas (41). Por otro lado, se sugiere que la atención y derivación urgente de las personas que han sufrido un AIT o un ictus leve tiene un alto impacto en evitar que se produzca un ictus recurrente, que se mantiene a largo plazo, pudiendo reducir el riesgo hasta en un 80 % (41).
- **Costes:** se trata de una práctica coste-efectiva, puesto que se reducen las recurrencias y los ingresos hospitalarios, además del riesgo de presentar ictus fatal o discapacitante. Aun teniendo en cuenta los costes de implementación de un servicio que permita esta atención urgente, éste sería coste-efectivo (42, 43).

# De la evidencia a la recomendación

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** moderado para el riesgo de sufrir un ictus recurrente en la primera semana tras el evento inicial, y grande para el impacto de la derivación e inicio urgente del tratamiento sobre los desenlaces de salud de las personas con sospecha de haber sufrido un AIT o con síntomas leves de ictus.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  *Incidencia de ictus recurrente en primera semana*
  Se han publicado varias RS y MA sobre el riesgo de recurrencia temprana de ictus en personas que consultan con sospecha de AIT. El último MA (40) compara los datos de recurrencia de estudios publicados en las últimas cinco décadas, observando que antes de 1999, la tasa de recurrencia a los dos días del inicio de los síntomas era del 3,4 %. A los siete días, la tasa era de un 5,7 %, y a los 30 días, de un 6,3 %. A los 90 días, la tasa de recurrencia se situaba en un 7,4 %. Entre el 74 % y el 82 % de los casos de recurrencia registrados a los 90 días se dieron en la primera semana tras el inicio de los síntomas, por lo que cualquier persona que acuda transcurridas las 48 horas desde el inicio de los síntomas, pero menos de una semana, debería ser tratado de forma urgente y ser visto por un especialista en ictus tan rápido como fuera posible.
  *Impacto de la derivación e inicio urgente de tratamiento*
  El único estudio que se ha identificado que compara la tasa de recurrencia de ictus antes y después de implementar un servicio de atención y tratamiento urgente de personas con sospecha de AIT o ictus leve (clínica de AIT), demuestra que dicho servicio disminuye hasta en un 80 % el riesgo de sufrir una recurrencia de ictus en los 90 días de seguimiento (41). Publicaciones posteriores han demostrado también que

el efecto se mantiene en el tiempo, con un seguimiento realizado hasta diez años posteriores al inicio de los síntomas. Si se comparan los resultados obtenidos en la fase 2 del estudio (cuando se implementa el servicio de derivación y tratamiento urgente) frente a los obtenidos en la fase 1 (antes de implementar dicho servicio), se observa un menor **riesgo de sufrir un ictus recurrente** (HR 0,20; IC95 % de 0,08 a 0,49) y también un menor riesgo de sufrir un **ictus fatal o discapacitante** (OR 0,07; IC95 % de 0,01 a 0,50) o un **ingreso por ictus recurrente** (OR 0,21; IC95 % de 0,08 a 0,56) (42). Tras 10 años de seguimiento, el **riesgo de recurrencia de ictus** seguía siendo menor (HR 0,68; IC95 % de 0,48 a 0,95). Asimismo, los pacientes de la fase 2 presentaron una **esperanza de vida ajustada a 10 años con descuento por discapacidad** de 0,53 años más (IC95 % de 0,03 a 1,04) que los de la fase 1, y una **esperanza de vida ajustada por calidad a los 10 años** de 0,41 años de vida ajustados por calidad (AVAC) más en la fase 2 que en la fase 1 (43).

- **Consideraciones adicionales:** además del estudio EXPRESS, también hay otros estudios observacionales que lo que hacen es comparar los resultados que obtienen al derivar de forma urgente a este tipo de personas, y comparando las tasas de recurrencia que obtienen con las tasas esperadas calculadas con la escala ABCD2 (44) que lo que hacen es apoyar los resultados del estudio EXPRESS.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio**: insignificante.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en el estudio EXPRESS no se registra un **aumento del riesgo de sangrado intestinal o intracerebral a los 90 días** del inicio de los síntomas, por lo que la derivación e inicio urgente de tratamiento no parece tener efectos indeseables en los pacientes.
- **Consideraciones adicionales:** para estas variables los datos son más escasos (son eventos mucho menos frecuentes), y la calidad de la evidencia es menor.

**c) ¿Cuál es la calidad global en la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** las múltiples RS publicadas (40, 41, 45, 46) señalan que el riesgo de que se produzca un nuevo episodio de ictus en la primera semana tras el inicio de los síntomas de un AIT es alta, y se ha observado que la derivación e inicio urgente del tratamiento de personas que han sufrido un AIT o un ictus leve tiene un alto impacto en los desenlaces de interés, por lo que aunque se trata de un estudio observacional, se considera que la calidad de la evidencia global es moderada (41-43).
- **Consideraciones adicionales:** a pesar de que para las variables relacionadas con el riesgo de sangrado la calidad es baja, no se ha considerado disminuir la calidad global de la evidencia.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran los desenlaces principales?**

- **Juicio:** la incertidumbre o la variabilidad probablemente no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se considera que no habría variabilidad en la opinión de los pacientes con los desenlaces considerados.

**e) El balance entre los efectos deseables e indeseables esperados, ¿favorece a la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:** favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** las diferencias en el riesgo de sufrir un ictus recurrente, e incluso letal o discapacitante, es muy grande tanto a los 90 días como a largo plazo. No se registran desenlaces indeseados por implementar un proceso de derivación y tratamiento urgente de personas con estos síntomas, por lo tanto, se cree que el balance favorece claramente la opción, incluso para aquellas que se encuentran entre las 48 horas y la semana de inicio de los síntomas.
- **Consideraciones adicionales**: otros estudios que comparan las tasas de recurrencia con las calculadas con las escalas de riesgo también apoyan la evidencia.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** costes y ahorros insignificantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** el estudio EXPRESS señala que en la fase 2 (fase en la que se implementa la derivación e inicio urgente de tratamiento) se redujeron los días de hospitalización, tanto por ictus recurrente (menor **número de días de ingreso hospitalario** (672 vs. 1957 días; p=0,017)), como por causas vasculares (427 vs. 1365 días; p=0,016). Así, se calculó un **ahorro** de 624 libras por persona (p=0,028) (42) en la fase 2 frente a la fase 1. A los 10 años, para la fase 2 el número de AVAC ganados fue de 5,06 y para la fase 1 de 4,65, diferencia igual a 0,41, estadísticamente significativa, P=0,034. (43). A los 10 años, se obtuvo un coste total para la fase 2 de 20399 $ y para la fase 1 de 19846 $, diferencia igual a 553 $, no estadísticamente significativa, P=0,80 (43).

  En el estudio realizado por Luengo-Fernández *et al*. (43) se observó que para los pacientes de la fase 2 (en la que se implementa la derivación e inicio urgente de tratamiento), tanto la esperanza de vida, como la esperanza libre de discapacidad fueron superiores a la de los pacientes de la fase 1. Las diferencias encontradas para la esperanza de vida (5,87 vs. 5,58 años, diferencia de 0,29) no fueron estadísticamente significativas (P=0,082), mientras que las halladas para la esperanza de vida libre de discapacidad en años (4,02 vs. 3,49, diferencia de 0,53) sí lo fueron (P=0,043).

  Con respecto a los costes, el de la clínica y el de las hospitalizaciones por causa no vascular fue superior para la fase 2 en comparación al de la fase 1 (755 vs. 582 $ y 15025 vs. 13786, respectivamente), siendo la diferencia encontrada para el coste de hospitalizaciones por causa no vascular (1239 $) no estadísticamente significativo (P=0,49), Por otro lado, el coste de las hospitalizaciones por causa vascular fue inferior para la fase 2 frente a la fase 1 (4619 vs. 5478 $), diferencia -860 $ no estadísticamente significativa (P=0,49).
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**g) ¿Cuál es la certeza en torno a la evidencia sobre los recursos requeridos?**

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la confianza en la evidencia se considera que es moderada-baja. Presenta problemas metodológicos importantes al no señalar la perspectiva del análisis y no reflejar específicamente ni justificar el horizonte temporal del análisis. Además, se observa que la validez externa del estudio

es escasa debido a que se realiza con base en un estudio de comparación secuencial de base poblacional anidado y en un entorno clínico no existente en el SNS (43).
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece a la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:** favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** el coste adicional por AVAC ganado de la fase 2 frente a la fase 1 fue de 2103 $, por debajo de disponibilidad a pagar por año de vida ganado establecido en el estudio 29000 $ (43). El análisis de sensibilidad señaló una probabilidad del 93 % de que la fase 2 fuese coste-efectiva para un umbral de disponibilidad a pagar por AVAC ganado de 29000 $ (43).
- **Consideraciones adicionales:** en este estudio, solo se incluyeron los costes de las clínicas EXPRESS y los costes de los ingresos hospitalarios subsecuentes durante los 10 años tras el inicio del ictus/AIT inicial. Dado que la fase 2 se asociaba con un aumento de la esperanza de vida libre de discapacidad, la omisión de otros gastos más amplios como aquellos asociados al cuidado informal podrían haber hecho que fuera más coste-efectiva que lo calculado (43).

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** probablemente disminuiría.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se piensa que puede haber diferencias debido a la capacidad de la organización para poder derivar y tratar de forma urgente a estas personas, puesto que se necesita la posibilidad de poder hacerlo. Por ello, dependiendo de las capacidades y organización de cada localidad/región, la recomendación podría generar diferencias en el manejo de estas personas si no se tienen suficientes recursos para poder implementar bien esta medida.

**j) ¿Es aceptable la opción para los grupos de interés implicados?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en la guía australiana se señala que las personas que han vivido la experiencia de haber sufrido un AIT o un ictus leve y sus familias han expresado la importancia de un acceso temprano a la valoración y el diagnóstico para prevenir un nuevo evento. Se enfatiza la necesidad de recibir educación a tiempo de los signos y síntomas de ictus, y explicaciones claras del riesgo de sufrir un nuevo ictus y la relevancia del tiempo en aquellos que presentan diferentes niveles de riesgo. El tiempo de espera puede ser estresante para estas personas y debería tenerse en cuenta (47).
- **Consideraciones adicionales**: se cree que esta medida sería aceptada por las personas afectadas, así como por los diferentes profesionales sanitarios, si ésta supone una mejora en la atención y desenlaces de estos pacientes.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** para poder implementar la recomendación, desde las organizaciones sanitarias se debería de tener en cuenta cuál va a ser el flujo de estas personas, cuántos recursos y profesionales sanitarios se requieren para poder cumplir con esos plazos de atención a las personas que se presentan con lo que se ha denominado un ictus comunicado, etc.

# 7. Manejo del ictus tras el alta hospitalaria

## 7.1. Espasticidad

### Pregunta

¿Los fármacos orales han demostrado ser eficaces en el tratamiento de la espasticidad post-ictus?

### Contexto

La toxina botulínica es la principal opción para el tratamiento de la espasticidad, y el uso de los fármacos orales se contempla como una posible alternativa en aquellas personas en las que la toxina no está indicada o no es efectiva. De hecho, una espasticidad ligera puede no requerir tratamiento, mientras que los casos más graves puede que no respondan al tratamiento farmacológico. Por todo ello, se consideró necesario actualizar la evidencia existente para responder a esta pregunta.

### Recomendaciones

| | |
|---|---|
| **Débil en contra** | Se sugiere no utilizar fármacos orales como el baclofeno o la tizanidina para tratar la espasticidad focal post-ictus |
| **BPC** | Aquellas personas que presenten espasticidad que interfiera con su vida diaria deben ser enviados a consulta de neurología, rehabilitación y/o fisioterapia para que se valore el tratamiento más apropiado. |

### Justificación

Los factores determinantes para realizar esta recomendación han sido la muy baja confianza en la evidencia que existe sobre la eficacia y seguridad de estos fármacos en el tratamiento de la espasticidad post-ictus, así como la falta de un balance favorable entre los beneficios y los riesgos. De hecho, en ninguna de las comparaciones se observa una diferencia significativa en la mejora de la espasticidad.

# Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es muy baja. Solo se ha identificado un nuevo estudio en la actualización que compara el uso de la tolperisona frente a baclofeno, pero como se trata de un fármaco no financiado por el SNS, no se ha tenido en cuenta.
- **Balance entre beneficios y riesgo**s: los estudios incluidos tienen un tamaño muestral muy pequeño y no encuentran diferencias significativas de los fármacos frente a placebo ni entre ellos.
- **Costes:** el coste de introducir tratamientos no efectivos supondrá siempre un gasto innecesario para la persona que ha sufrido un ictus y para el sistema sanitario.

# De la evidencia a la recomendación

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseables esperados?**

- **Juicio:**
  - Comparación 1: Tizanidina vs. placebo: insignificante.
  - Comparación 2: Tizanidina vs. Diazepam: insignificante.
  - Comparación 3: Tizanidina vs. Baclofeno: insignificante.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  - Comparación 1: Tizanidina vs. placebo: la tizanidina no mejora **la puntuación de la escala de discapacidad** (un estudio; DM -0,20; IC95 % de -0,90 a 0,50), ni la **espasticidad** (un estudio; n=40; OR 0,54; IC95 % de 0,14 a 2,11) (48).
  - Comparación 2: Tizanidina vs. Diazepam: la **distancia (en metros)** que los pacientes pueden andar después de **ocho semanas** de tratamiento en una superficie lisa es menor en los tratados con tizanidina que en los que reciben diazepam (un estudio; n=79 pacientes; DM -183,30; IC95 % de -330,40 a -36,20), sin encontrar diferencias significativas en el **porcentaje de pacientes en los que la espasticidad mejora** (un estudio; n=78; OR 0,90; IC95 % de 0,37 a 2,20) (49).
  - Comparación 3: Tizanidina vs. Baclofeno: no se han observado diferencias en el **porcentaje de pacientes en los que la espasticidad mejora** (un estudio; n=30; OR 2,36; IC95 % de 0,36 a 15,45) (50).
- **Consideraciones adicionales:** no no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos indeseables esperados?**

- **Juicio:**
  - Comparación 1: Tizanidina vs. placebo: moderada.
  - Comparación 2: Tizanidina vs. Diazepam: pequeña.
  - Comparación 3: Tizanidina vs. Baclofeno: insignificante.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  - Comparación 1: Tizanidina vs.placebo: los efectos adversos son más frecuentes en el grupo tratado con tizanidina frente a placebo (un estudio; n=40; RR 1,72; IC95 % de 1,10 a 2,69) (48).

– Comparación 2: Tizanidina vs. Diazepam: se observa que en el grupo tratado con tizanidina el **porcentaje de pacientes que abandona el estudio por efectos adversos** es menor que en el grupo tratado con diazepam, aunque el intervalo de confianza al 95 % es impreciso e incluye al 1 (un estudio; n= 105; RR 0,42 (IC95 % de 0,18 a 1,01) (49).
– Comparación 3: Tizanidina vs. Baclofeno: no se observan diferencias en el **número de pacientes con algún efecto adverso** (un estudio; n=29 pacientes; RR 2,10; IC95 % de 0,36 a 15,45). Tampoco se observan diferencias en el porcentaje de **pacientes que abandonan por efectos adversos** (un estudio; n=29; RR 0,13; IC95 % de 0,01 a 2,38) (50).

- **Consideraciones adicionales:** no las hay.

**c) ¿Cuál es la certeza global en la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:**
  – Comparación 1: Tizanidina vs. placebo: baja.
  – Comparación 2: Tizanidina vs. Diazepam: baja.
  – Comparación 3: Tizanidina vs. Baclofeno: baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** se ha identificado un estudio para cada comparación y de pequeño tamaño, con posible riesgo de sesgos.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia al respecto**.**
- **Consideraciones adicionales:** se ha considerado que todas las personas con ictus y espasticidad querrán ser tratados para que ésta mejore, aunque podría haber diferencias en la tolerancia a los efectos adversos que haga que los pacientes abandonen o no el tratamiento.

**e) El balance entre los efectos deseables e indeseables esperados, ¿favorece a la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:**
  – Comparación 1: Tizanidina vs. placebo: probablemente favorece la comparación.
  – Comparación 2: Tizanidina vs. Diazepam: no favorece ni la intervención ni la comparación.
  – Comparación 3: Tizanidina vs. Baclofeno: no favorece ni la intervención ni la comparación.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  – Comparación 1: Tizanidina vs. placebo: probablemente no hay beneficio sobre la espasticidad y sí mayor probabilidad de sufrir efectos adversos frente a placebo.
  – Comparación 2: Tizanidina vs. Diazepam: no hay diferencias en la eficacia entre los diferentes fármacos y aunque el porcentaje de personas que abandona el tratamiento por efectos adversos es mayor entre los tratados con diazepam frente a los tratados con tizanidina, la diferencia no parece ser estadísticamente significativa.

– Comparación 3: Tizanidina vs. Baclofeno: no parece haber diferencias en cuanto a la eficacia y la seguridad entre ambos tratamientos.

- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** costes moderados.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia sobre el uso de recursos y costes para el tratamiento con fármacos orales de la espasticidad focal post-ictus.
- **Consideraciones adicionales:**

| Fármaco | Dosis diaria definida (DDD) | Precio/DDD (€) |
|---|---|---|
| **Tizanidina** | 12 mg | 0,589 |
| **Diazepam** | 10 mg | 0,064 |
| **Baclofeno** | 50 mg | 0,319 |
| **Dantroleno** | 0,1 g | No comercializado |
| **Gabapentina** | 1,8 g | 0,615 |

**g) ¿Cuál es la certeza en torno a la evidencia sobre los recursos requeridos?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia sobre al uso de recursos y costes para el tratamiento con fármacos orales de la espasticidad focal post-ictus.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece a la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad sobre el tratamiento con fármacos orales de la espasticidad focal post-ictus.
- **Consideraciones adicionales:** al no poderse saber cuál de los fármacos para los que se calcula el coste por DDD es más efectivo, ya que tanto los efectos deseados como los no deseados de éstos varían de acuerdo con la evidencia recuperada, no se puede establecer si alguno de ellos es más coste-efectivo cuando se compara con el resto o con placebo.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se entiende que recomendar un tratamiento que no es eficaz afectaría de forma negativa a la equidad.

**j) ¿Es aceptable la opción para los agentes implicados?**

- **Juicio:**
  - Comparación 1: Tizanidina vs. placebo: probablemente no.
  - Comparación 2: Tizanidina vs. Diazepam: probablemente no.
  - Comparación 3: Tizanidina vs. Baclofeno: probablemente no.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado**.**
- **Consideraciones adicionales:** se entiende que recibir tratamiento farmacológico sería aceptable, tanto por las personas con ictus como por profesionales, pero siempre y cuando fueran eficaces en mejorar la espasticidad, cosa que no se ha demostrado. Además, parece que los fármacos sí tienen efectos adversos, con lo que, si no hay eficacia y aumentan los efectos adversos, seguramente no sean una opción aceptable.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** al tratarse de la prescripción de fármacos, se entiende que sería factible implementar una recomendación favorable.

## 7.2. Dolor central post-ictus

# Pregunta

¿Qué fármacos son eficaces en el tratamiento del dolor central post-ictus?

# Contexto

Las personas que han sufrido un ictus son más propensas a desarrollar un tipo de dolor central superficial, quemante o lacerante que empeora al tacto, con el agua o con los movimientos. Este tipo de dolor ocurre en menos del 10 % de los pacientes, y su tratamiento se dirige a tratar de aliviar el dolor mediante fármacos como los derivados de la morfina, los antidepresivos, los antiepilépticos y benzodiacepinas. En esta guía se pretende analizar cuál es la eficacia de dichos fármacos en el tratamiento de este tipo de dolor.

# Recomendaciones

| | |
|---|---|
| **Débil a favor** | En el tratamiento del dolor centrar post-ictus se sugiere la utilización de amitriptilina como fármaco de primera línea, teniendo siempre en cuenta los efectos secundarios asociados a su uso y estableciendo el balance riesgo/ beneficio en cada caso. |
| **Débil a favor** | Como alternativa a amitriptilina en el tratamiento del dolor central post-ictus se sugiere el uso de lamotrigina, si bien se debe tener en cuenta la posible aparición de efectos secundarios. |
| **BPC** | Se recomienda derivar a la persona con dolor central post-ictus no controlado en AP a unidades especializadas en el manejo del dolor. |

# Justificación

Aunque la evidencia es de baja o muy baja calidad, tanto amitriptilina como lamotrigina tienen efectos sobre la reducción del dolor, aunque no están exentos de efectos adversos, que hacen abandonar el tratamiento con mayor frecuencia en el caso de la lamotrigina.

Además, la amitriptilina tiene menor coste por DDD que la lamotrigina y los demás medicamentos.

# Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** la calidad global es **baja** o **muy baja** para todas las comparaciones, debido a riesgo de sesgo de los estudios incluidos, al pequeño tamaño de los estudios y a la imprecisión de los resultados.
- **Balance entre beneficios y riesgo**s: los únicos fármacos en los que el balance podría favorecer a la intervención son la amitriptilina y en segundo lugar la lamotrigina, puesto que el dolor se reduce de forma significativa en estos casos, aunque hay un mayor número de efectos adversos, sobre todo en el caso de la lamotrigina, donde aumenta el número de abandonos por los mismos.
- **Costes:** el coste de DDD es menor para la amitriptilina.

# De la evidencia a la recomendación

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:**
  - Amitriptilina vs. placebo: moderados.
  - Pregabalina vs. placebo: pequeños.
  - Carbamazepina vs. placebo: insignificantes.
  - Lamotrigina vs. placebo: moderados.
  - Levetiracetam vs. placebo: insignificantes.
  - Amitriptilina vs. Carbamazepina: insignificantes.

- **Evidencia procedente de la investigación:**
  - **Amitriptilina vs. placebo:** aumenta el **porcentaje de pacientes con una mejora en la reducción del dolor** a las cuatro semanas de tratamiento (un estudio; n=30 pacientes; RR 10, IC95 % de 1,46 a 68,69) (51).
  - **Pregabalina vs. placebo:** el efecto del tratamiento con pregabalina frente a placebo sobre el **dolor** es controvertido, puesto que en un estudio éste disminuye de forma significativa (DM 2,18; IC95 % de 0,57 a 3,80) (52) y en otro no (DM de LS -02; IC95 % de -0,7 a 0,4) (53). En cuanto a la **calidad de vida** medida por **EQ 5D-VAS**, en un estudio no se observan diferencias entre grupos y en el segundo, parece que es mejor en el grupo tratado con pregabalina.
  - **Carbamazepina vs. placebo**: no se encontraron diferencias significativas en la **reducción del dolor** en el grupo tratado con carbamazepina frente al placebo (un estudio; n=29; RR 5,36, IC95 % de 0,71 a 40,37 (51).
  - **Lamotrigina vs. placebo**: aumenta el porcentaje de pacientes con una **mejora en la reducción del dolor a las ocho semanas** (un estudio; n=30; RR 4, IC95 % de 1,27 a 12,60) (54).
  - **Levetiracetam vs. placebo:** el tratamiento con levetiracetam no se asoció con una mejora significativa del **dolor espontáneo o evocado** (ni con cualquier otro desenlace secundario de interés) (55).
  - **Amitriptilina vs. Carbamazepina**: no encuentran diferencias significativas en la **reducción del dolor** al final del tratamiento (un estudio; n=29; RR 1,87, IC95 % de 0,85 a 4,11) (51).
- **Consideraciones adicionales:** no no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:**
  - **Amitriptilina vs. placebo:** pequeños.
  - **Pregabalina vs. placebo**: insignificantes.
  - **Carbamazepina vs. placebo**: pequeños.
  - **Lamotrigina vs. placebo**: insignificantes.
  - **Levetiracetam vs. placebo:** insignificantes.
  - **Amitriptilina vs. Carbamazepina**: insignificantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  - **Amitriptilina vs. placebo:** el riesgo de presentar **algún efecto adverso** es mayor en los pacientes que reciben amitriptilina frente a placebo (un estudio; n=30; RR 2, IC95 % de 1,15 a 3,49), aunque no efectos adversos **moderados o graves** (un estudio; n=30; RR 2, IC95 % de 0,20 a 19,78) (51).
  - **Pregabalina vs. placebo**: no hay diferencias significativas en los pacientes que **abandonan el tratamiento por efectos adversos** en el grupo que recibe pregabalina (dos estudios; n=259; RR 1,65; IC9 5% de 0,67 a 4,08), ni en el número de pacientes que presenta **algún efecto adverso** (52, 53).
  - **Carbamazepina vs. placebo**: no hubo diferencias en el porcentaje de pacientes con **efectos adversos de moderados a graves** (un estudio; n=29; RR 5,36, IC95 % de 0,71 a 40,37), aunque sí más **pacientes con algún efecto adverso** en el grupo tratado con carbamazepina (un estudio; n=29; RR 1,99, IC95 % de 1,14 a 3,48) (51).

  - **Lamotrigina vs. placebo**: un mayor número de pacientes **abandona el tratamiento por efectos adversos,** aunque no de forma significativa (un estudio; n=30; RR 7, IC95 % de 0,38 a 129,35) y sin diferencias en el **porcentaje de pacientes que presenta efectos adversos** (54).
  - **Levetiracetam vs. placebo**: hubo un aumento en la frecuencia de los **efectos adversos reportados** (un estudio; n=33; RR 5, IC95 % de 0,62 a 40,51), aunque no de forma significativa (55).
  - **Amitriptilina vs. Carbamazepina**: no hay diferencias en el porcentaje de pacientes que presenta algún efecto adverso (un estudio; n=29; RR 1,01, IC95 % de 0,82 a 1,23) y tampoco en el porcentaje de **pacientes con efectos adversos moderados a graves** (un estudio; n=29; RR 0,37, IC95 % de 0,09 a 1,62) (51).
- **Consideraciones adicionales:** no no se han tenido en cuenta.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:**
  - **Amitriptilina vs. placebo:** muy baja.
  - **Pregabalina vs. placebo**: muy baja.
  - **Carbamazepina vs. placebo**: muy baja.
  - **Lamotrigina vs. placebo**: baja.
  - **Levetiracetam vs. placebo:** muy baja.
  - **Amitriptilina vs. Carbamazepina**: muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en casi todas las comparaciones se cuenta con un único estudio y con muy pocas personas, lo que hace que la evidencia que existe sea de muy baja calidad. En algunos casos, aunque los RR sean altos, los intervalos de confianza incluyen el no efecto y los bordes del intervalo son extremadamente amplios, lo que impide establecer diferencias significativas, sobre todo en el caso de los efectos adversos. Por ello, la certeza global en la evidencia es muy baja en todos los casos.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia al respecto**.**
- **Consideraciones adicionales:** se ha considerado que todas las personas con dolor central post-ictus aceptarían el tratamiento para reducir dicho dolor, aunque podría haber diferencias en la tolerancia a los efectos adversos que haga que éstas abandonen o no el tratamiento.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:**
  - **Amitriptilina vs. placebo:** probablemente favorece la opción.
  - **Pregabalina vs. placebo**: no se sabe.
  - **Carbamazepina vs. placebo**: probablemente favorece la opción.

  - **Lamotrigina vs. placebo**: probablemente favorece la opción.
  - **Levetiracetam vs. placebo:** no se sabe.
  - **Amitriptilina vs. Carbamazepina**: no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** aunque la evidencia es de baja o muy baja calidad, tanto amitriptilina como lamotrigina tienen efectos sobre la reducción del dolor, aunque no están exentos de efectos adversos, que hacen abandonar el tratamiento con mayor frecuencia en el caso de la lamotrigina. El resto de los tratamientos no parecen tener efectos significativos sobre el dolor.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** costes moderados.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia sobre el uso de recursos y costes para el tratamiento con fármacos orales de la espasticidad focal post-ictus.
- **Consideraciones adicionales:**

| Fármaco | Dosis diaria definida (DDD) | Precio/DDD (€) |
|---|---|---|
| **Amitriptilina** | 75 mg | 0,104 |
| **Pregabalina** | 0,3 g | 1,050 |
| **Lamotrigina** | 0,3 g | 1,412 |
| **Carbamazepina** | 1 g | 0,199 |
| **Levetiracetam** | 1,5 g | 2,73 |

**g) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia sobre el uso de recursos y costes para el tratamiento con fármacos del dolor central post-ictus.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad sobre el tratamiento con fármacos del dolor central post-ictus.
- **Consideraciones adicionales:** al no poderse saber cuál de los fármacos para los que se calcula el coste por DDD es más efectivo, ya que los efectos deseados como los no deseados de estos varían de acuerdo con la evidencia recuperada, no se puede establecer si alguno de ellos es más coste-efectivo cuando se compara con el resto o con placebo.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se entiende que recomendar un tratamiento que no es eficaz afectaría de forma negativa a la equidad.

**j) ¿Es la intervención aceptable para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:** probablemente no.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado**.**
- **Consideraciones adicionales:** puede haber cierta reticencia por tomar un antidepresivo para el dolor por parte del paciente. Habría que explicarle que se recetan por su efecto sobre el dolor, no por su indicación frente el tratamiento de la depresión, por lo que la comunicación sería muy importante.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** al tratarse de la prescripción de fármacos, se entiende que sería factible implementar una recomendación favorable. Sin embargo, cabe señalar que cuando se trate de un uso en condiciones distintas a las autorizadas, se debe informar al paciente sobre la incertidumbre en la magnitud del beneficio y los riesgos potenciales, recoger su consentimiento informado (puede ser oral) y reflejar esta información en la historia clínica del paciente (RD1015/2009 de uso medicamentos en condiciones especiales).

## 7.3. Disfagia

### 7.3.1. Evaluación de la disfagia en AP

# Pregunta

| |
|---|
| ¿Cómo debe realizarse la evaluación de la disfagia desde AP? |

# Contexto

Un alto porcentaje de las personas que sufren un ictus agudo presenta algún grado de alteración en la deglución. Las complicaciones asociadas a la disfagia incluyen neumonía por aspiración, malnutrición o deshidratación por una reducción en la ingesta de alimentos y fluidos, pudiendo afectar también a la vida social del paciente.

Existen algunos métodos sencillos, no instrumentales, que pueden utilizarse para valorar la disfagia tras un ictus. No existe un único método universalmente aceptado para la identificación y manejo de la aspiración asociada con la disfagia y son muchas las pruebas que se utilizan en la práctica clínica. Las pruebas más estudiadas son variaciones de la prueba de deglución del agua, para lo que se suele dar a beber a la persona cierta cantidad de agua y se observa la aparición de síntomas como atragantamiento, tos o cambios en la voz. La mayoría de estas pruebas suelen incluir una exploración previa junto con un cuestionario sobre datos clínicos del paciente. Estas pruebas deben aplicarse durante el ingreso hospitalario a todas las personas que han sufrido un ictus. Sin embargo, desde AP también puede surgir la necesidad de identificar a aquellas personas con ictus y con disfagia que no han sido previamente diagnosticados, o de reevaluar alguna persona que presente posibles síntomas de disfagia. De hecho, existen herramientas como la *Eating Assessment Tool-10* (EAT-10) que podrían ser útiles en este ámbito de la atención sanitaria. Por ello, es de interés conocer con qué herramientas de cribado e intervenciones se podría abordar el manejo de la disfagia desde la atención sanitaria.

# Recomendaciones

| **Cribado de la disfagia post-ictus** | |
|---|---|
| **Fuerte a favor** | Se recomienda descartar la presencia de disfagia lo antes posible y detectar si existen problemas nutricionales asociados. |
| **BPC** | Reevaluar la presencia de disfagia tras el alta hospitalaria y realizar un seguimiento periódico por el equipo de AP. |
| **Débil a favor** | Se sugiere la prueba de deglución de agua para el cribado de aspiración en AP, teniendo en cuenta ante todo las características de la persona que ha sufrido el ictus y su disponibilidad.<br>La realización de esta prueba debería acompañarse de una valoración clínica previa observando la calidad de la voz, si la persona puede sacar la lengua y moverla de un lado al otro o si siente la parte posterior de la pared de la garganta si se le toca. Esta valoración puede mejorar la capacidad de detección de los casos. |
| **BPC** | Aquellas personas con ictus en las que se detecten por primera vez dificultades en la deglución (generales, durante o tras la deglución) deben ser evaluadas por el especialista correspondiente. |
| **BPC** | Entrenar a las personas en las que persistan las dificultades al tragar y a sus cuidadores en la identificación y manejo de los problemas en la deglución. |
| **BPC** | Las personas con disfagia persistente tras un ictus deben ser monitorizadas una vez dadas de alta, de manera regular, pesándolas regularmente, asegurando que no estén desnutridas, para valorar la necesidad de cambios en la dieta y/o en la vía de alimentación. |

# Justificación

Se ha realizado una recomendación débil a favor del uso del test de deglución de agua, puesto que se trata de una prueba fácil de realizar en AP, y aunque no sea muy específica, puede ser suficientemente sensible para detectar la mayoría de los casos de disfagia en aquellas personas que han sufrido un ictus. Además, aunque no se cuente con evidencia directa del impacto que puede tener la implementación del cribado de disfagia en AP, sí contamos con evidencia del contexto del ámbito hospitalario agudo, donde éste sí tiene efectos positivos en los desenlaces de las personas que han sufrido un ictus.

No se ha realizado una recomendación sobre el uso de la herramienta EAT-10, puesto que, aunque se ha descrito que puede ser utilizada para el cribado de la disfagia, no presenta buenos resultados en pacientes con ictus, por lo que, a pesar de su facilidad de uso, no se ha formulado una recomendación al respecto.

# Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** son pocos los estudios que existen, y se puede decir que la calidad de la evidencia es baja para las pruebas de cribado de disfagia mediante la prueba de deglución de agua. En cuanto a la herramienta EAT-10, existe incertidumbre en la fiabilidad de la herramienta cuando se trata de detectar disfagia en personas que han sufrido un ictus.
- **Balance de los efectos deseables e indeseables:** el cribado de la disfagia en el hospital, aunque no sea el contexto que se está evaluando, reduce el riesgo de desenlaces negativos en personas que han sufrido un ictus y pueden presentar disfagia. El uso de la prueba de deglución de agua, junto con la clínica, son los que mejores resultados de S y E tienen. En el caso de la EAT-10, aunque los resultados para el cribado de disfagia en población de riesgo son buenos, cuando se trata de personas que han sufrido un ictus, los resultados que se obtienen no lo son tanto.
- **Aceptabilidad:** la prueba puede no ser aceptada por todas las personas. Un cuestionario auto cumplimentado podría tener mayor aceptabilidad.

# De la evidencia a la recomendación

## Para el cribado de disfagia por la prueba de deglución de agua

**a) ¿Cómo de válida es la prueba?**

- **Juicio:** válida.
- **Evidencia procedente de la investigación:** son pocos los estudios identificados fuera del contexto hospitalario agudo que hacen referencia a las pruebas de deglución de agua, acompañadas o no de una valoración clínica previa.
  La S y E de detectar aspiración al utilizar volúmenes de agua inferiores a 60 ml es baja, siendo la S y E al utilizar un volumen de 60 ml de 55,7 %, y de 85,4 %, respec-

tivamente (56), La presencia de una velocidad de deglución anormal o de asfixia tras la ingesta de 100 ml de agua tuvo una S y E del 85,5 % y del 50 %, respectivamente en el primer caso, y del 47,8 % y 91,7 % en el segundo (57).

Cuando se suma una valoración clínica previa a la prueba de deglución de agua para valorar la presencia de tos o de cambios en la vocalización o respiración (58) o de aspiración (59), se obtienen mejores resultados, con una S del 93,3 % o 89,1 % respectivamente, y una E del 87,7 % u 80,8 %. En personas que han sufrido un ictus y se encuentran en rehabilitación, la utilización del *Toronto Bedside Swallowing Screening Test* (TOR-BSST) (que incluye una serie de preguntas clínicas y un test de deglución con 10 cucharadas de 5 ml de agua), tiene una S del 89,5 % y una E del 68 % (60).

- **Consideraciones adicionales:** solo tres de los estudios incluidos en la RS de Brodsky incluyen personas en rehabilitación (61), aunque solo tres evalúan personas que han sufrido un ictus (57-59). Dos utilizan un volumen de agua de 90 o 100 ml (57, 59) y el tercero un menor volumen de agua con espesante (58).

  También se han tenido en cuenta los estudios de Martino *et al*. (60) y Osawa *et al*. (62). El primero evalúa y valida el TOR-BSST, tanto personas con ictus agudo como en el contexto de rehabilitación (60), y el segundo (62), la precisión diagnóstica de la prueba de deglución de agua frente a la videofluoroscopia para detectar aspiración.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se espera que, al ser una prueba fácil de implementar, se detecten más casos de disfagia al aplicar el cribado de forma más generalizada.

**c) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han identificado efectos no deseados en los estudios incluidos. Aunque puede que, por ejemplo, si no se confirma el resultado con un gold estándar, se den cambios innecesarios en la dieta etc., que disminuyan la calidad de vida cuando se trata de un falso positivo (FP), o, al contrario, no se diagnostique a alguien que realmente presenta disfagia.

**d) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre la validez de la prueba?**

- **Juicio:** baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** hay mucha heterogeneidad en las características de la prueba, y los datos de S y E son variables.
- **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

**e) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia para cualquier beneficio directo importante o crítico, de efectos adversos o la carga de la prueba?**

- **Juicio:** estudios no incluidos.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** en personas con ictus agudo en los que se realiza el cribado de disfagia en el hospital se reduce el riesgo de neumonía post-ictus, de

mortalidad y dependencia, así como la duración de la estancia hospitalaria. En ese contexto los efectos deseables son grandes.

**f) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre el efecto que tienen los resultados de la prueba en el manejo del paciente?**

- **Juicio:** estudios no incluidos.
- **Evidencia procedente de la investigación:** son hay evidencia directa, pero sí indirecta en referencia a realizar cribado y su impacto en resultados de salud.
- **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

**g) ¿Cómo de cierta es la relación entre los resultados de la prueba y las decisiones sobre el manejo del paciente?**

- **Juicio:** estudios no incluidos.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

**h) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos de la prueba?**

- **Juicio:** baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** aunque no haya evidencia directa del efecto del cribado de la disfagia en los desenlaces de la persona que ha sufrido un ictus en el ámbito de la AP, se tiene evidencia de la S del cribado en este contexto y evidencia indirecta sobre los efectos beneficiosos de la realización del cribado de disfagia en las personas con ictus agudo en el contexto hospitalario.
- **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

**i) ¿Hay incertidumbre o variabilidad importante en cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces de interés?**

- **Juicio:** probablemente incertidumbre o variabilidad no importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

**j) ¿El balance entre los efectos deseados y no deseados favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** como se ha señalado anteriormente, el cribado de la disfagia en el contexto agudo hospitalario tiene efectos beneficiosos en los desenlaces de interés de las personas que han sufrido un ictus y en nuestro contexto, la aplicación de la prueba de deglución de agua puede ayudar a detectar casos de disfagia en las personas que han sido dados de alta y acuden a AP para su seguimiento, lo que probablemente también tenga un beneficio en los desenlaces de interés para el paciente.
- **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

**k) ¿Cómo de altos son los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios**.**

- **Consideraciones adicionales:** el cribado mediante un test de deglución de agua es sencillo de realizar y aunque pueda requerir de profesionales sanitarios con experiencia, puede compensar si se reducen las complicaciones posteriores debido a la misma.

**l) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**m) ¿El coste-efectividad favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** aunque no se han identificado estudios, podemos pensar que, aunque se requieran recursos para realizar el cribado, los beneficios que se podrían obtener llevarían a reducir los costes posteriores del manejo de las personas que han sufrido un ictus y presentan disfagia.

**n) ¿Cuál sería el impacto sobre la equidad en la salud?**

- **Juicio:** probablemente aumentaría.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** implementar pruebas de cribado sencillas ayudaría a detectar casos de disfagia de forma más generalizada, por lo que la equidad aumentaría (el cribado no dependería de la posibilidad de que se puedan realizar pruebas más complejas que quizá no estén disponibles en todos los centros).

**ñ) ¿Es la intervención aceptable para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** en la actualidad, en AP ya se utiliza la prueba de deglución de agua, con lo que sería seguramente aceptada. En el caso de los pacientes, puede que algunos tengan miedo a realizar la prueba.

**o) ¿Es factible la implementación de la intervención?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** en la actualidad, la prueba de deglución de agua ya se realiza en algunos centros de AP, por lo que probablemente sea factible.

## Para la herramienta de autocumplimentación EAT-10

**a) ¿Cómo de válida es la prueba?**

- **Juicio:** no válida.

- **Evidencia procedente de la investigación:** Bartlett R *et al*. (63) observan una correlación moderada entre las puntuaciones de la EAT-10 y PAS en pacientes con cáncer de cabeza y cuello (con déficit estructurales), **pero una correlación débil en el caso de personas con Parkinson o ictus (con deficiencias neurológicas**), señalando que los déficits neurosensoriales pueden jugar un papel en la percepción de la disfagia por parte de estas personas. En la muestra total, la correlación fue moderada (r=0,50), siendo el resultado similar al obtenido en la validación de la versión española de EAT-10 por Giraldo-Cadavid *et al*. (r=0,59) (64). En esa validación (64), solo el 37 % de las personas incluidas presentaba enfermedad vascular y no se realizó un análisis de subgrupos por tipo de paciente. En la revisión de Zhang *et al*. (65) se señala que, a pesar de que un análisis Rasch revela que los ítems 2, 7 y 10 no contribuyen al constructo general de la EAT-10 (66), existe una correlación lineal entre la EAT-10 y las puntuaciones PAS. Los estudios que incluyen señalan que, utilizando un **punto de corte de 3,** la precisión diagnóstica es mejor (65). Sin embargo, solo uno de los estudios incluidos en esta revisión es en personas con ictus agudo (67), y se trata además del estudio que peores datos de S presenta para detectar disfagia.

  Speyer *et al*. (68) realizan un análisis de las propiedades del EAT-10 que obtiene una puntuación baja en cada ítem frente al análisis que hicieron los autores de la herramienta (69) donde señalaban que el instrumento presentaba una excelente consistencia interna, una reproducibilidad test-retest y *criterion-based validity*, y donde se sugería un valor de tres como punto de corte.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios en personas con ictus que proporcionen resultados de S y E, aunque los datos de correlación que se proporcionan señalan que la prueba tiene peores resultados cuando se aplica en personas que han sufrido un ictus.
- **Consideraciones adicionales:** se podría esperar que, al ser una herramienta de auto cumplimentación, sería aplicada de forma más extendida en los centros de AP, lo que facilitaría la identificación de un mayor número de casos de disfagia (eso contando con que la prueba fuera fiable).

**c) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios que proporcionen resultados de FP y FN en personas con ictus, aunque los datos de correlación que se proporcionan señalan que la prueba tiene peores resultados cuando ésta se aplica en personas que han sufrido un ictus.
- **Consideraciones adicionales:** el efecto no deseado sería tener un alto porcentaje sobre todo de FN, porque supondría no identificar personas con disfagia que pudieran desarrollar complicaciones posteriores. En cuanto a los FP, se estarían implementando intervenciones como cambios en la dieta que pueden afectar a la calidad de vida de forma innecesaria.

**d) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre la validez de la prueba?**

- **Juicio:** baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** los estudios incluyen todo tipo de pacientes, y cuando se hace un estudio de correlación se observa que precisamente las personas con ictus eran las que peores resultados obtienen para la prueba (63).
- **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

**e) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia para cualquier beneficio directo importante o crítico, efectos adversos o carga de la prueba?**

- **Juicio:** estudios no incluidos.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia directa sobre el beneficio directo importante de la prueba.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre el efecto que tienen los resultados de la prueba en el manejo del paciente?**

- **Juicio:** estudios no incluidos.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios que indiquen cuál es el procedimiento a seguir una vez se conozcan los resultados de la prueba y el impacto que esto tiene en los desenlaces del paciente.
- **Consideraciones adicionales:** se trata de una herramienta fácil de cumplimentar por el paciente, que facilitaría el cribado de la disfagia, sobre todo en el ámbito de AP, disminuyendo la carga de trabajo de los profesionales sanitarios.

**g) ¿Cómo de cierta es la relación entre los resultados de la prueba y las decisiones sobre el manejo del paciente?**

- **Juicio:** estudios no incluidos.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios que analicen la relación directa.
- **Consideraciones adicionales:** se supone que la persona que obtenga un resultado positivo sería evaluada por un especialista en disfagia, pero esto no siempre ocurre.

**h) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos de la prueba?**

- **Juicio:** baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no hay evidencia directa sobre el efecto del cribado de disfagia en AP mediante herramientas de autocumplimentación en los desenlaces del paciente, aunque sí se tiene evidencia indirecta en el contexto hospitalario agudo sobre el cribado de disfagia en personas que han sufrido un ictus y el efecto sobre los desenlaces clínicos de interés.
- **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

**i) ¿Hay incertidumbre o variabilidad en cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente incertidumbre o variabilidad no importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha incluido.
- **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

**j) ¿El balance entre los efectos deseados y no deseados favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no favorece la intervención ni la comparación.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la utilización de la herramienta de auto cumplimentación EAT-10 en personas con ictus obtiene peores resultados (peor correlación con el diagnóstico de disfagia) que en otro tipo de pacientes en los que se sospecha de disfagia. Esto significa que probablemente al aplicar esta herramienta en personas con ictus se escapen casos de disfagia y puede que se diagnostique con disfagia a personas que no la presentan en realidad.
- **Consideraciones adicionales:** aunque se trata de una herramienta de autocumplimentación que podría facilitar el cribado de la disfagia en la AP, su fiabilidad en personas con ictus no parece ser suficientemente buena.

**k) ¿Cómo de altos son los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** se piensa que utilizar un cuestionario de autocumplimentación será menos costoso que cualquier otra prueba para el cribado de la disfagia, pero no se cuenta con datos objetivos al respecto.

**l) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

**m) ¿Favorece el coste-efectividad la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** no se han señalado.

**n) ¿Cuál sería el impacto sobre la equidad en salud?**

- **Juicio:** probablemente reduciría.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado.
- **Consideraciones adicionales:** aunque implementar pruebas de cribado sencillas ayudaría a detectar casos de disfagia de forma más generalizada y aumentaría la equidad, si la EAT-10 tiene peores resultados en personas con ictus, la equidad se vería reducida.

**ñ) ¿Es la intervención aceptable para las partes interesadas?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto**.**

- **Consideraciones adicionales:** se trata de una prueba de autocumplimentación que se puede rellenar de forma rápida, con lo que seguramente sería aceptada por los profesionales de AP. Quizá pudiera haber diferencias al respecto entre las personas con ictus.

**o) ¿Es factible la implementación de la intervención?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** en algunos centros ya se utiliza este cuestionario para el cribado de la disfagia. El tiempo para completar la EAT-10 fue de dos minutos de media (RIC 1-3 min) (64).

## 7.3.2. Plan terapéutico en el domicilio

¿Qué plan terapéutico puede realizarse en el domicilio? (Dietas (espesantes), ejercicios…)

### *7.3.2.1. Dieta*

# Contexto

En la práctica clínica, es habitual incluir modificaciones en la textura y viscosidad de los líquidos en las personas que presentan disfagia. El objetivo es facilitar la deglución y evitar riesgos en estos pacientes. Sin embargo, estas modificaciones pueden reducir el contenido nutricional de la dieta y hacer que la comida sea poco apetitosa, lo que puede provocar una disminución de la ingesta oral, así como un empeoramiento del estado físico y nutricional del paciente. Por ello, es importante conocer cómo se debería manejar desde AP la modificación de la dieta en pacientes con ictus que presentan disfagia.

# Recomendaciones

| Intervenciones en la dieta | |
|---|---|
| **Débil a favor** | Se sugiere proporcionar una dieta adecuada a aquellas personas con ictus que presentan disfagia y son alimentadas por vía oral. |
| **BPC** | Revisar periódicamente su situación para ir adaptando la dieta al estado de la persona en las visitas regulares de seguimiento (tres, seis, 12 meses) o siempre que haya un cambio funcional en el mismo. |

# Justificación

Se ha realizado una recomendación débil a favor de adecuar la dieta de las personas con ictus que presentan disfagia, pero no se mencionan las texturas ni el uso de los espesantes, debido a la falta de evidencia al respecto y a los efectos negativos que estas restricciones pueden tener en la calidad de vida de estas personas. Se señala la importancia de revisar periódicamente su situación para realizar modificaciones siempre que se detecten cambios en la misma (disminución o aumento de las restricciones de la dieta en función al estado del paciente).

# Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** la calidad de la evidencia es muy baja.
- **Balance riesgos beneficios:** no hay diferencias significativas en las variables de interés, salvo el número de días en el hospital, que es mayor para aquellos que no llevan una dieta modificada.

# De la evidencia a la recomendación

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** pequeña.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en la guía de la ESO y la *European Society for Swallowing Disorders (*ESSD) (70), se recoge que en pacientes con una dieta modificada, no hubo diferencias significativas en la aparición de **neumonía post-ictus** (cuatro estudios; n=100 pacientes; RR 0,19, IC95 % de 0,03 a 1,4), ni en el riesgo de **penetración** (un estudio, n=122 pacientes; RR 0,06; IC95 % de 0,00 a 1,00); calidad baja), **aspiración** (tres estudios; n=188; RR 0,51 IC95 % de 0,14 a 1,77; calidad muy baja) frente al grupo control. El único desenlace significativo fue la diferencia en el **número de días de ingreso hospitalario**, que fue de 9,58 días menos (IC95 % de 15 a 3,76 menos; calidad baja) que en el grupo control.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio**: insignificante.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en la guía de la ESO y la ESSD (70), se recoge que, en pacientes con una dieta modificada, no hubo diferencias significativas en la **ingesta de líquidos** (tres estudios; n=77 pacientes; DM de -133,22 ml; IC95 % de -541,9 a 275,46; calidad baja) frente al grupo control.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** muy baja.

- **Evidencia procedente de la investigación:** aunque para algunos desenlaces la calidad es baja, para la aspiración es muy baja, por lo que la calidad global se define como muy baja.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran los desenlaces principales?**

- **Juicio:** la incertidumbre o la variabilidad probablemente no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**e) El balance entre los efectos deseables e indeseables esperados, ¿favorece a la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no hay diferencias significativas en las variables de interés, salvo el número de días en el hospital, que es mayor para aquellos que no llevan una dieta modificada.
- **Consideraciones adicionales:** aunque la evidencia no sea clara, la prudencia y la lógica lleva a modificar la dieta en aquellas personas que presentan disfagia.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre sobre los recursos requeridos?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se espera que la adecuación de la dieta puede llevar a gastos adicionales para el paciente.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** una RS (71) encuentra dos estudios: el primero un análisis de ahorro de costes realizado en EE. UU. (72) y el otro un modelo basado en el análisis de coste-utilidad en Polonia (73). El uso de un espesante a base de goma para modificar la textura de la dieta era coste-efectiva desde el punto de vista del pagador público en Polonia (ratio incremental de coste-utilidad de 21387 PLN a 20977 PLN por QALY ganado, o sobre 4750–4660 €, por debajo del límite establecido en Polonia de 147,024 PLN por AVAC) (73). El otro estudio encuentra que los líquidos espesados preparados comercialmente son más consistentes y menos caros que los que se preparaban in situ (de 44 a 59 %) desde la perspectiva hospitalaria en los EE. UU. (72).
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.

- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** puede haber diferencias en la posibilidad de consumir y preparar dietas modificadas, lo que podría reducir la equidad**.**

**j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:** varía.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la RS de estudios cualitativos sobre el impacto de la textura de la dieta en la calidad de vida de la persona que ha sufrido un ictus (74), se observa que aunque la gravedad de la disfagia puede ser un factor de confusión, la modificación del bolo alimenticio tiene un impacto negativo sobre la calidad de vida relacionada con la salud, encontrando que cuanto más se modifica la textura de los alimentos y líquidos, menor es la calidad de vida de la persona que ha sufrido el ictus (74).
- **Consideraciones adicionales:** se entiende que puede haber variabilidad en la aceptabilidad, sobre todo de cara a las personas que han sufrido un ictus.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se podrían sugerir referencias a las que acudir para poder conocer recetas que faciliten la preparación de menús más apetecibles para los pacientes.

#### *7.3.2.2. Ejercicios para la disfagia*

# Contexto

Entre las estrategias que pueden ayudar a la persona que ha sufrido un ictus y que presenta disfagia se encuentran las estrategias compensatorias y de rehabilitación. Las estrategias compensatorias incluyen tanto modificaciones en la consistencia del alimento como técnicas posturales, pero con ellas no se pretende cambiar la fisiología de la deglución, sino prevenir los problemas que pueden surgir debido a la disfagia. Sin embargo, las estrategias de rehabilitación se utilizan generalmente con el objetivo de modificar la fisiología de la deglución y promover cambios a largo plazo. Con estos ejercicios se busca mejorar la fuerza y la resistencia muscular, para minimizar o resolver los problemas deglutorios de la persona con disfagia.

Son varias las estrategias y ejercicios que se describen en la literatura. Por ello se considera necesario revisar las posibilidades para ver si desde la AP se pueden realizar recomendaciones al respecto.

# Recomendaciones

| Ejercicios para la disfagia en el hogar (ver Anexo 2). | |
|---|---|
| **Débil a favor** | Se sugiere la realización de ejercicios de deglución para rehabilitar la función deglutoria en personas que han sufrido un ictus y presentan disfagia. |
| **Débil a favor** | Se sugiere ofrecer los ejercicios *Shaker* o *Chin tuck* en vez de los ejercicios de resistencia además de la terapia convencional de disfagia. |
| **Débil a favor** | Se sugiere ofrecer el ejercicio de entrenamiento de la fuerza muscular espiratoria (EMST) para el tratamiento de la disfagia en personas que han sufrido un ictus y sin traqueostomía. |

# Justificación

Se realizan recomendaciones débiles a favor de los ejercicios *Shaker*, *Chin tuck* y para el entrenamiento de la fuerza muscular espiratoria, puesto que existe evidencia que señala que con estos ejercicios mejora la disfagia de estos pacientes, e incluso disminuye el riesgo de neumonía si se consideran todas las intervenciones a la vez, aunque la evidencia es de baja calidad. Además, puede haber diferencias entre los valores y preferencias de los pacientes. Sin embargo, la evidencia es insuficiente para recomendar a favor o en contra de los ejercicios con entrenamiento de la resistencia de lengua al paladar (*tongue to palate resitance training*) para el tratamiento de la disfagia.

# Justificación detallada

## Ejercicios de Shaker y/o Chin Tuck against resistance (CTAR)

- **Calidad de la evidencia:** la calidad es baja. Son estudios de pequeño tamaño, sin ocultamiento de la secuencia, alto sesgo por pérdida de datos (*attrition bias*) y cegamiento no claro de los evaluadores.
- **Balance beneficios y riesgos**: estos ejercicios mejoran la disfagia en los pacientes y no se han descrito efectos adversos.
- **Aceptabilidad por parte de los pacientes**: ésta puede variar. Los pacientes pueden no tolerar este tratamiento por fatiga, dolor en el cuello o musculatura abdominal, aunque se considera que los posibles beneficios superan los riesgos potenciales que serían relativamente leves.

## Entrenamiento de la fuerza muscular espiratoria (EMST)

- **Calidad de la evidencia**: la confianza es baja.
- **Balance entre beneficios y riesgos**: Fom *et al*. (75) no encontraron diferencias entre la tasa de abandono entre los grupos. Otras consideraciones sobre los beneficios de realizar los ejercicios con estos dispositivos, como la obtención de una mayor ingesta oral y

la disminución del riesgo de aspiración, superan el pequeño riesgo que existe de efectos adversos.
- **Aceptabilidad por parte de los pacientes**: el ejercicio supone un aumento de la presión respiratoria requerida para la intervención.
- **Recursos requeridos**: aunque se necesitan recursos para financiar los dispositivos de entrenamiento, es una herramienta que está disponible, relativamente barata, portátil y fácil de implementar.

### Tongue to palate resistance training (TPRT)

- **Calidad de la evidencia:** la confianza es baja.
- **Balance de los beneficios y riesgos**: el beneficio potencial no está probado.
- **Los valores y preferencias de los pacientes:** estos son variables, existiendo aversión por parte de algunos pacientes al bulbo de la lengua debido a un reflejo de nausea hipersensible.

## De la evidencia a la recomendación

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseables esperados?**

- **Juicio:**
  - Comparación 1: ejercicios *Shaker* o CTAR vs. tratamiento habitual: moderada.
  - Comparación 2: ejercicios EMST vs. no tratamiento: pequeña.
  - Comparación 3: ejercicios fortalecimiento lengua: insignificante.
- **Evidencia procedente de la investigación:** se observa una gran mejora en la **escala de disfagia** en el grupo que recibe cualquier tipo de intervención conductual (36 estudios; g de Hedges 1,139; EE 0,142; IC95 % de 0,862 a 1,416) (76) y una reducción del **riesgo de neumonía** en el grupo que recibe la intervención (seis estudios; RR 0,57; IC95 % de 0,43 a 0,75), aunque no se encuentran diferencias significativas en **mortalidad** (tres estudios; RR de 1,47; IC95 % de 0,32 a 6,78) (70).
  - Comparación 1. Ejercicios *Shaker* o CTAR: se observa una gran mejoría en la **escala de disfagia** en el grupo que realiza ejercicios *Shaker* frente a los que reciben tratamiento habitual (dos estudios; g de Hedges de 1,038; IC95 % de 0,300 a 1,776) (76). También se observa una gran mejoría en la **escala de disfagia** en el grupo que realiza CTAR (tres estudios; g de Hedges de 1,045; IC95 % de 0,427 a 1,663) (76).
  - Comparación 2. EMST frente a no tratamiento: se observa una gran mejoría en la **escala de disfagia** en el grupo que realiza EMST (dos estudios; g de Hedges de 0,819; IC95 % de 0,389 a 1,250) (76), aunque el **riesgo de neumonía** no disminuye de forma significativa en el grupo con la intervención (tres estudios; RR 0,58; IC95 % de 0,24 a 1,41) (70).
  - Comparación 3. Ejercicios fortalecimiento lengua: Kim *et al*. (77) no encontraron diferencias significativas en las puntuaciones PAS entre el grupo control e intervención un mes después de los ejercicios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio**:
  - Comparación 1: ejercicios *Shaker* o CTAR: no se sabe.
  - Comparación 2: ejercicios EMST: no se sabe.
  - Comparación 3: ejercicios fortalecimiento lengua: no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  - Comparación 1: ejercicios *Shaker* o CTAR: estudios no incluidos.
  - Comparación 2: ejercicios EMST: estudios no incluidos.
  - Comparación 3: ejercicios fortalecimiento lengua: estudios no incluidos.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**c) ¿Cuál es la calidad global en la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:**
  - Comparación 1: ejercicios *Shaker* o CTAR: baja.
  - Comparación 2: ejercicios EMST: baja.
  - Comparación 3: ejercicios fortalecimiento lengua: baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  - Comparación 1: ejercicios *Shaker* o CTAR: posible riesgo de sesgos en los estudios incluidos y pocos pacientes, lo que reduce la confianza en la calidad de la evidencia.
  - Comparación 2: ejercicios EMST: posible riesgo de sesgos en los estudios incluidos y pocos pacientes, lo que reduce la confianza en la calidad de la evidencia.
  - Comparación 3: ejercicios fortalecimiento lengua: un único estudio con posible riesgo de sesgos y pocos pacientes.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:**
  - Comparación 1: ejercicios *Shaker* o CTAR: probablemente favorece la intervención.
  - Comparación 2: ejercicios EMST: probablemente favorece la intervención.
  - Comparación 3: ejercicios fortalecimiento lengua: no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:**
  - Comparación 1: ejercicios *Shaker* o CTAR: ambos tipos de ejercicios producen una mejora en la disfagia, aunque puede que no todas las personas que han sufrido un ictus toleren realizarlos.
  - Comparación 2: ejercicios EMST: este ejercicio produce también una mejora en la disfagia, pero puede resultar pesado de realizar para las personas que han sufrido un ictus.

  - Comparación 3: ejercicios fortalecimiento lengua: no se ha demostrado que haya efecto beneficioso en las personas con ictus que presentan disfagia.
- **Consideraciones adicionales**: no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se cree que haya necesidad de recursos adicionales, salvo en el caso del entrenamiento de la fuerza muscular espiratoria para lo que se requiere un dispositivo que habría que financiar. Para el resto, se trata de explicar los ejercicios que estas personas pueden realizar en casa.

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** probablemente aumentaría.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** si la realización de ejercicios puede mejorar la disfagia, con una recomendación a favor de su realización desde AP se podría llegar a beneficiar a más pacientes.

**j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:** varía.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en referencia a los ejercicios de *Shaker*, se ha descrito que hay pacientes que rechazan continuar con la realización de los mismos (78). En personas que presentan dolor crónico de cuello o historia de cirugía en el cuello o traqueotomía, no está indicada su realización.
- **Consideraciones adicionales:** se entiende que puede haber variabilidad en la aceptabilidad, sobre todo por los pacientes a la hora de realizar estos ejercicios. Se debería de tener en cuenta esto a la hora de explicárselo a los pacientes, sobre todo por el efecto beneficioso que pueden tener en la mejora de la disfagia.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales**: los profesionales sanitarios de AP que atienden a estos pacientes deberían conocer cómo se realizan estos ejercicios para poder explicárselo a los pacientes.

## 7.4. Depresión, ansiedad y labilidad emocional

- ¿Deben tratarse farmacológicamente la depresión, ansiedad y labilidad emocional tras un ictus?
- ¿Cuáles son los antidepresivos eficaces en el tratamiento de la depresión, ansiedad y labilidad emocional en las personas que han sufrido un ictus?
- ¿Es eficaz la psicoterapia como tratamiento adicional al tratamiento farmacológico de la depresión y ansiedad post-ictus?

Es frecuente que las personas que han sufrido un ictus presenten alguna alteración del humor, especialmente depresión. Además, pueden presentar ansiedad o labilidad emocional, en solitario o acompañando a la depresión y aunque puede aparecer en cualquier momento, los primeros meses tras la vuelta a casa son los más críticos.

### 7.4.1. Tratamiento farmacológico de la depresión post-ictus

# Contexto

La mayoría de los casos de depresión que aparecen suelen ser depresiones de carácter leve. Sin embargo, se trata de una afección que influye en la actividad social, con consecuencias negativas en la recuperación del paciente. Por ello, se considera de interés revisar la evidencia que existe sobre la eficacia del tratamiento farmacológico de la depresión post-ictus, si existe algún fármaco más eficaz que otro y si la adición de la psicoterapia al tratamiento farmacológico puede ayudar a mejorar al paciente.

# Recomendaciones

| | |
|---|---|
| **Débil a favor** | Se sugiere el uso de fármacos antidepresivos para el tratamiento de la depresión post-ictus, valorando individualmente el riesgo de efectos adversos. |
| **BPC** | Monitorizar la persona que ha sufrido un ictus y que toma antidepresivos para valorar la aparición de efectos adversos, la adherencia al tratamiento, etc. |

# Justificación

Se ha realizado una recomendación débil a favor porque evidencia de muy baja calidad sugiere que los antidepresivos tienen un efecto beneficioso frente a placebo en la mejoría de los síntomas, aunque también producen efectos adversos que hay que tener en cuenta y habría que valorar en cada paciente.

En relación con si un fármaco es mejor que otro, no se ha realizado una recomendación al respecto porque la clasificación de fármacos que presentan los MA identificados difiere, y aunque

los inhibidores de la serotonina parecen ser más eficaces, también presentan sus efectos adversos. Por ello, no se hace una recomendación a favor de ninguno en particular.

# Justificación detallada

## Para tratamiento farmacológico frente a placebo

- **Calidad de la evidencia:** la calidad es muy baja. Los estudios tienen riesgo de sesgo, hay heterogeneidad importante en los resultados de los desenlaces e imprecisión en las estimaciones.
- **Balance beneficios y riesgos**: aunque el tratamiento farmacológico tiene efecto sobre la depresión, tienen también efectos adversos a tener en cuenta sobre todo a nivel individual.
- **Aceptabilidad por parte de los pacientes**: puede variar, en función de los riesgos que éste pueda o quiera asumir.

## Para comparaciones entre fármacos

- **Calidad de la evidencia:** se han identificado cuatro MA en red, pero hay una gran diferencia en el número de ECAs incluidos y el número y tipo de antidepresivos, y la evidencia para cada comparación por partes no se proporciona por separado para la evidencia directa, indirecta y la del MA en red.
- **Balance beneficios y riesgos**: parece que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son mejores que los tricíclicos, aunque hay datos discordantes en la clasificación presentada por los MA.
- **Aceptabilidad por parte de los pacientes**: puede variar, en función de los riesgos o efectos adversos que éste pueda o quiera asumir.

# De la evidencia a la recomendación

## Tratamiento con antidepresivos frente a no tratamiento

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en la RS Cochrane (79) se obtiene que en el grupo no tratado tiene **más riesgo de** que la **depresión no remita** (ocho ECAs, n=1025; RR 0,70; IC95 % de 0,55 a 0,88) que en el grupo tratado con fármacos antidepresivos. El tratamiento antidepresivo también tiene un efecto beneficioso en la **reducción del 50 % de la puntuación de la escala de depresión** (seis ECAs; n=511; RR 0,47; IC95 % de 0,32 a 0,69).

Para la **remisión de la depresión**, el grupo control tiene más riesgo de que ésta no remita (ocho ECAs; n=1025; RR 0.70; IC95 % de 0,55 a 0,88). En cuanto a la **reducción de un 50 % de la puntuación de la escala de depresión**, el tratamiento farmacológico tiene un efecto beneficioso frente a placebo (seis ECAs; n=511; RR 0,47; IC95 % de 0,32 a 0,69).

- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio**: moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** aunque no se observan diferencias en los efectos adversos que provocan el **abandono del tratamiento** (incluyendo la muerte), sí aumentan los **efectos adversos sobre el sistema nervioso central (SNC)** (RR 1,55; IC95 % de 1,12 a 2,15) y **gastrointestinales** (RR 1,62; IC95 % de 1,19 a 2,19).

  Teniendo en cuenta los estudios en las personas con ictus que son tratadas con SSRI para la recuperación funcional, se observa que el riesgo de **fracturas óseas** (RR 2,35; IC95 % de 1,62 a 3,41; calidad alta) (80) y de **convulsiones** (RR 1,40; IC95 % de 1,00 a 1,98) (80) es mayor en pacientes tratados con SSRI. En cambio, **el riesgo de caídas** no aumenta de forma significativa (RR 1,71; IC95 % de 0,80 a 3,64) (81).
- **Consideraciones adicionales:** en 2011 se publicó una alerta de la AEMPS que señalaba que citalopram y escitalopram podían aumentar el riesgo de prolongación del intervalo QT del electrocardiograma a dosis altas.

**c) ¿Cuál es la calidad global en la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** muy baja.
- **Evidencia de investigación:** en general, los estudios tienen un alto riesgo de sesgos o riesgo no claro en múltiples de los dominios analizados, se observa alta heterogeneidad o los intervalos de confianza son muy amplios, lo que disminuyen la calidad de la evidencia para todos los desenlaces, que es muy baja para todos ellos.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente incertidumbre o variabilidad importante.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** puede haber diferencias en cómo valoran los efectos adversos las personas que han sufrido un ictus que hagan que se decanten o no por uno u otro tratamiento, o por ninguno.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** el riesgo de que la depresión no remita es mayor en el grupo no tratado con fármacos antidepresivos, aunque hay que tener en cuenta los efectos adversos que pueden tener lugar, por lo que el tratamiento dependerá de las características de la persona de la que se trate.
- **Consideraciones adicionales**: no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** costes moderados.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia sobre el uso de recursos y costes para el tratamiento con fármacos de la depresión, ansiedad y labilidad emocional en las personas que han sufrido un ictus.
- **Consideraciones adicionales:** en la siguiente tabla se muestra la dosis diaria definida para cada fármaco incluido en los estudios y el precio por DDD en la actualidad en nuestro contexto.

| Fármaco | Dosis diaria definida (DDD) | Precio/DDD (€) |
|---|---|---|
| *Depresión* | | |
| **SSRI** | | |
| Sertralina | 50 mg | 0,194 |
| Escitalopram | 10 mg | 0,312 |
| Citalopram | 20 mg | 0,183 |
| Paroxetina | 20 mg | 0,217 |
| Fluoxetina | 20 mg | 0,087 |
| **SNRIs** | | |
| Duloxetina | 60 mg | 0,955 |
| Venlafaxina | 0,1 g | 0,425 |
| **TCAs:** | | |
| Amitriptylina | 75 mg | 0,104 |
| Doxepina | 0,1 g | 0,164 |
| Imipramina | 0,1 g | 0,159 |
| Nortriptylina | 75 mg | 0,206 |
| Clomipramina | 0,1 g | 0,333 |
| Desipramina | 0,1 g | NO COMERCIALIZADO |
| **NaSSAs** | | |
| Mirtazapina | 30 mg | 0,568 |
| **SARI** | | |
| Trazodona | 0,3 g | 0,317 |
| **Otro** | | |
| Nefiracetam | | NO COMERCIALIZADO |
| Reboxetina | 8 mg | 1,195 |

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia sobre el uso de recursos y costes para el tratamiento con fármacos de la depresión, ansiedad y labilidad emocional en las personas que han sufrido un ictus.

- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad para el tratamiento con fármacos de la depresión, ansiedad y labilidad emocional en las personas que han sufrido un ictus.
- **Consideraciones adicionales:** al no poderse saber cuál de los fármacos para los que se calcula el coste por DDD es más efectivo, ya que los efectos deseados como los no deseados de estos varían de acuerdo con la evidencia recuperada, no se puede establecer si alguno de ellos es más coste-efectivo cuando se compara con el resto o con placebo.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**j) ¿Es aceptable la opción para los grupos de interés implicados?**

- **Juicio:** varía.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se entiende que, en función de la situación basal del paciente, la aceptabilidad de los posibles riesgos puede afectar a la aceptación del tipo de tratamiento farmacológico.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales**: se trata de prescribir los fármacos, monitorizar la respuesta y valorar los posibles efectos secundarios, por lo que se considera que la opción es factible.

**l) Otras consideraciones:** no se han tenido en cuenta.

## Comparaciones entre fármacos antidepresivos

Los cuatro MA en red identificados que pretenden establecer una clasificación de los fármacos más eficaces para el tratamiento de la depresión post-ictus se han realizado en China (82-85). El primero fue publicado en 2017 (85); otros dos fueron publicados en 2018 (82, 84), y el último en 2020 (83). Hay una gran diferencia en el número de ECAs incluidos entre el más reciente y los otros tres MA, en parte debido probablemente a la inclusión de bases de datos de estudios chinos en el MA actual. De hecho, el más reciente incluye 51 ECAs (83) y los otros tres entre 12 y 15 ECAs. Por otro lado, hay diferencias en los ECAs incluidos entre los MA (incluso en los que incluyen un número parecido de ECAs) (ver Tabla 1 en el anexo).

El número y tipo de antidepresivos incluidos también varía entre los MA, lo que puede explicar en parte los datos discordantes obtenidos con relación a la clasificación que presentan éstos.

Por otro lado, para poder evaluar la evidencia de un MA en red mediante GRADE, la evidencia para cada comparación por pares debe proporcionarse por separado (la evidencia directa, la indirecta y la del MA en red), y en este caso, ninguno de los autores lo hace, por lo que se dificulta dicha valoración.

Por todo ello, y por las recomendaciones que realizan las guías más recientes que se han identificado al respecto, no se concluye cuáles son las mejores opciones de tratamiento farmacológico de las personas con depresión post-ictus.

### 7.4.2. Tratamiento farmacológico de la ansiedad

La ansiedad es casi tan común como la depresión, a menudo relacionada con el miedo a las caídas o a una recurrencia del ictus. Se presenta habitualmente de manera concomitante con la depresión, por lo cual las guías recomiendan que ante cualquier forma de alteración del humor se valore la presencia de otras alteraciones.

Las guías recomiendan considerar terapias habituales (tanto psicológicas como farmacológicas) en el manejo de la ansiedad tras un ictus. Por ello, se ha querido revisar la evidencia que existe sobre el uso del tratamiento farmacológico para tratar la ansiedad en las personas que han sufrido un ictus.

## Recomendaciones

| | |
|---|---|
| **Débil a favor** | Se sugiere el uso de farmacoterapia para el tratamiento de la ansiedad en personas que han sufrido un ictus. |

## Justificación

Se ha realizado una recomendación débil a favor de su uso, puesto que, aunque la evidencia es de baja calidad, hay un efecto beneficioso del tratamiento farmacológico sobre la ansiedad en personas que han sufrido un ictus.

## Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es baja.
- **Balance entre beneficios y riesgos**: solo se señala el efecto sobre la puntuación en la escala de la ansiedad antes y después del tratamiento, pero no se informa de más efectos, ni de eficacia ni de seguridad.
- **Aceptabilidad por parte de los pacientes**: se cree que será un tratamiento aceptado por los pacientes.

# De la evidencia a la recomendación

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** de las dos RS identificadas (86, 87), solo la de Chun *et al*. (86) presentan datos metaanalizados. En esta revisión (86) se incluyen personas con infarto cerebral, hemorragia parenquimatosa, hemorragia subaracnoidea o lesión cerebral traumática. Se incluyen cuatro estudios que analizan cinco comparaciones de farmacoterapia frente a control, observando que la farmacoterapia tiene efecto sobre la **disminución de la ansiedad** (cuatro ECAs; DEM de -2,12; IC95 % de -3,05 a -1,18).
- **Consideraciones adicionales:** los estudios utilizaron una variedad de escalas para la valoración de la ansiedad, validadas para la ansiedad generalizada y no para la fobia. La elección de las medidas de resultado debería reflejar ambos tipos de ansiedad, puesto que la fobia es también común tras el ictus.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio**: moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la mitad de las personas tratadas con paroxetina presentaron efectos adversos como náusea, vómitos o mareos, pero solo el 14 % de los pacientes tratados con buspirona sufrieron náuseas o palpitaciones (86).
- **Consideraciones adicionales**: tener en cuenta los efectos adversos descritos en estudios centrados en la recuperación funcional de las personas que han sufrido un ictus.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la heterogeneidad es alta ($I^2$=89 %). Los estudios evalúan la paroxetina frente a otro SSRI o tratamiento habitual; otro evalúa el uso de imipramina (antidepresivo tricíclico) frente al tratamiento habitual; y el último, un ansiolítico azapirona (buspirona) frente al tratamiento habitual. Las cuatro comparaciones provenían de tres estudios con alto riesgo de sesgos. El estudio que no disponía de datos para el análisis reportó un aumento del trastorno de ansiedad generalizado cuatro veces mayor en el grupo placebo que el grupo tratado con escitalopram (HR ajustado de 4,95; IC95 % de 1,54 a 15,93).
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.

- **Evidencia procedente de la investigación:** el tratamiento tiene efectos beneficiosos sobre la ansiedad, aunque también produce efectos adversos como vómitos o mareos en algunas personas.
- **Consideraciones adicionales**: no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia sobre el uso de recursos y costes para el tratamiento con fármacos de la ansiedad en personas que han sufrido un ictus.
- **Consideraciones adicionales:** en la siguiente tabla se muestra la dosis diaria definida para cada fármaco incluido en los estudios y el precio actual por DDD en nuestro contexto.

| Fármaco | DDD | Precio/DDD (€) |
|---|---|---|
| **Ansiedad** | | |
| **Paroxetina** | 20 mg | 0,217 |
| **Buspirona** | 30 mg | NO COMERCIALIZADO |
| **Imipramine** | 0,1 g | 0,159 |

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado estudios coste-efectividad para el tratamiento con fármacos de la depresión, ansiedad y labilidad emocional en personas que han sufrido un ictus.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**j) ¿Es aceptable la opción para los grupos de interés implicados?**

- **Juicio:** varía.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se entiende que, en función de la situación basal del paciente, la aceptabilidad de los posibles riesgos puede afectar a la aceptación del tratamiento.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.

- **Consideraciones adicionales**: se trata de prescribir los fármacos, monitorizar la respuesta y valorar los posibles efectos secundarios, por lo que se considera que la opción es factible.

l) **Otras consideraciones:** no se han tenido en cuenta.

### 7.4.3. Tratamiento farmacológico de la labilidad emocional

## Contexto

Las personas que han sufrido un ictus pueden atravesar por periodos de labilidad emocional (fenómenos de llanto o risa desproporcionados o ante mínimos estímulos). Estos síntomas tienden a desaparecer sin necesidad de medicación o intervenciones terapéuticas. Sin embargo, en algunos casos, el llanto puede ser persistente o interferir con la rehabilitación de la persona que ha sufrido un ictus o en su relación con los miembros de la familia. Se ha descrito que el tratamiento farmacológico con antidepresivos es beneficioso para el tratamiento de la labilidad emocional en personas que han sufrido un ictus, por lo que se pretende analizar cuál es la evidencia y si apoya el uso de antidepresivos en estos casos.

## Recomendaciones

| | |
|---|---|
| **Débil a favor** | Se sugiere considerar el tratamiento con antidepresivos en aquellas personas que, tras un ictus, presentan labilidad emocional persistente, con episodios frecuentes y graves, valorando los efectos adversos de estos fármacos, sobre todo en personas de edad avanzada. |

## Justificación

Se ha realizado una recomendación débil a favor porque existe evidencia de baja calidad del efecto del tratamiento farmacológico en la labilidad emocional de las personas que han sufrido un ictus. Se trata de fármacos cuya prescripción es factible y probablemente aceptable por los pacientes.

## Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia**: la confianza en la evidencia es baja o muy baja.
- **Balance entre beneficios y riesgos**: se miden los resultados de diferente manera, pero todos indican que hay una mejora en la labilidad emocional de las personas que han sufrido un ictus. Como en otros casos, tener en cuenta los efectos adversos de cada tipo de fármaco y la situación individual del paciente, que puede hacer inclinar el balance.
- **Aceptabilidad por parte de los pacientes**: se cree que es un tratamiento que es aceptado por los pacientes.

# De la evidencia a la recomendación

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en la revisión Cochrane (88), se incluyen siete ECAs (n=239). Dos eran estudios cruzados y sus datos no se encontraban disponibles, por lo que los resultados se basan en cinco ECAs con 213 pacientes.
  Los antidepresivos aumentan el número de pacientes que **reducen en un 50 % la labilidad emocional** (un ECA; n=19; RR 16,50; IC95 % de 1,07 a 253,40) y mejoran la **puntuación** de la **Escala de labilidad del centro de estudios neurológicos (CNS-LS) y de la *Clinician Interview Based Impression of Change* (CIBIC)** (un ECA; n=28; RR 1,44, IC9 5% de 0,95 a 2,19). Los antidepresivos (ISRS y antidepresivos tricíclicos (ATC)) aumentan el **porcentaje de pacientes** en los que se **reduce la labilidad emocional** (tres ECAs; n=164; RR 2,18, IC95 % de 1,29 a 3,71) y mejora de la **escala PLSC** (un ECA; n=28; DM 8,40, IC95 % de 11,56 a 5,24).
- **Consideraciones adicionales:** los fármacos incluidos fueron ISRS (en cinco estudios; Citalopram, fluoxetina y sertralina) y ATC (en dos estudios; amitriptlina y nortriptilina). La duración del tratamiento osciló entre 10 y 182 días.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio**: pequeña.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se encuentran diferencias en **mortalidad** (seis ECAs; n=172; RR 0,59, IC95 % de 0,08 a 4,50).
- **Consideraciones adicionales:** en base al perfil de riesgo, los ISRS podrían ser preferibles a los ATC, aunque se trataría de una utilización *off-label* de los mismos. Solo tres estudios reportan haber recogido de forma sistemática los efectos adversos.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** aunque la calidad de la evidencia no es muy baja para todos los desenlaces, sí lo es para el porcentaje de pacientes en el que se reduce en un 50 % la labilidad emocional, por ello se clasifica la evidencia global como muy baja calidad.
- **Consideraciones adicionales:** solo tres de los estudios reportan haber recogido de forma sistemática los efectos adversos, por lo que habría que ver si realmente no hay un aumento de efectos adversos con el tratamiento farmacológico.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran la importancia de los desenlaces principales?**

- **Juicio: probablemente** la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la evidencia indica que hay una mejora en la labilidad emocional y que no aumenta la mortalidad, aunque habría que tener en cuenta los otros efectos adversos descritos para estos fármacos y hacer un balance con la situación basal del paciente.
- **Consideraciones adicionales**: no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia sobre el uso de recursos y costes para el tratamiento con fármacos de la labilidad emocional en personas que han sufrido un ictus.
- **Consideraciones adicionales:**

| Fármaco | Dosis diaria definida (DDD) | Precio/DDD (€) |
|---|---|---|
| **Labilidad emocional** | | |
| **Citalopram** | 20 mg | 0,183 |
| **Fluoxetina** | 20 mg | 0,087 |
| **Sertralina** | 50 mg | 0,194 |
| **Amitriptilina** | 75 mg | 0,104 |
| **Nortriptilina** | 75 mg | 0,206 |

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece a la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**j) ¿Es aceptable la opción para todos los grupos de interés implicados?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales**: se entiende que algunas personas darán más importancia a reducir la labilidad emocional que a los efectos adversos que puedan tener los fármacos en concreto.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales**: se trata de prescribir los fármacos, monitorizar la respuesta y valorar los posibles efectos secundarios, por lo que se considera que la opción es factible. Sin embargo, cabe señalar que cuando se trate de un uso en condiciones distintas a las autorizadas, se debe informar al paciente sobre la incertidumbre en la magnitud del beneficio y los riesgos potenciales, recoger su consentimiento informado (puede ser oral) y reflejar esta información en la historia clínica del paciente (RD1015/2009 de uso medicamentos en condiciones especiales).

**l) Otras consideraciones:** no se han tenido en cuenta.

### 7.4.4. Adición de la psicoterapia al tratamiento farmacológico de la depresión y la ansiedad

## Contexto

La terapia psicológica se centra en cambiar los patrones de comportamiento, pensamiento y de las relaciones sociales de los pacientes. El papel del terapeuta es ayudar a la persona a comprender esos patrones y ayudarle a desarrollar maneras de superarlas (79). El contenido de la interacción entre la persona que ha sufrido un ictus y el terapeuta se centra en ayudarle a desarrollar capacidades para la resolución de sus problemas sociales y ajustar al impacto emocional del ictus, en base a hablar, escuchar, apoyar, aconsejar.

La depresión y la ansiedad pueden influir en la recuperación de la persona que ha sufrido un ictus; sin embargo, mucha gente no recibe un tratamiento adecuado. De hecho, aunque existe evidencia de la efectividad de tratamientos farmacológicos y psicológicos para la depresión y la ansiedad en población general mayor, se cree que no es apropiado extrapolar esos datos a las personas que han sufrido un ictus, puesto que los mecanismos subyacentes pueden ser diferentes. Por ello, se ha querido evaluar la evidencia que existe sobre la adición de la psicoterapia al tratamiento farmacológico de la depresión y la ansiedad en las personas que han sufrido un ictus.

## Recomendaciones

| | |
|---|---|
| **Débil a favor** | Se sugiere la adición de psicoterapia al tratamiento farmacológico de las personas que han sufrido un ictus, tanto las que sufren depresión como ansiedad. |

## Justificación

Se hace una recomendación débil a favor de la adición de la psicoterapia al tratamiento farmacológico del paciente, puesto que, aunque la evidencia es de baja calidad en ambos casos, se

describe un efecto positivo tanto en la depresión como en la ansiedad. Además, se trata de intervenciones que tienen efectos positivos en otro tipo de pacientes, lo que apoya la realización de una recomendación débil a favor.

Sin embargo, no se detalla qué tipo de psicoterapia debe utilizarse ni si debe ser el personal médico de AP el que realice la intervención o si se debe derivar a consulta especializada. Dependerá de las capacidades y de la organización de cada Comunidad y organización sanitaria.

# Justificación detallada

## Para la depresión

- **Calidad de la evidencia**: la confianza en la evidencia es muy baja.
- **Balance entre beneficios y riesgos**: existe un beneficio de la adición de la psicoterapia sin efectos adversos descritos.
- **Aceptabilidad y factibilidad:** variables, en función de la organización y recursos disponibles.

## Para la ansiedad

- **Calidad de la evidencia**: la confianza en la evidencia es baja.
- **Balance entre beneficios y riesgos**: existe un beneficio de la adición de la psicoterapia sin efectos adversos descritos.
- **Aceptabilidad y factibilidad:** variables, en función de la organización y recursos disponibles.

# De la evidencia a la recomendación

## Para la depresión

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** moderado.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en la revisión Cochrane de Allida (79) se incluyen dos ensayos al respecto, uno con fluoxetina (89) y psicoterapia y otro con paroxetina y psicoterapia (90). La **diferencia media de la puntuación para la depresión** al final del tratamiento fue de 1,53 puntos menos (de 2,10 a 0,96 puntos menos) (dos ECAs; n=198), y la puntuación de las **actividades de la vida diaria (AVD)** algo mayor (DM 11,83 puntos más; de 0,27 a 23,4 más) (dos ECAs; n=198).
- **Consideraciones adicionales:** no se han podido obtener las características del tratamiento con psicoterapia orecido en los dos estudios.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio**: no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios que describan efectos adversos de la adición de la psicoterapia.
- **Consideraciones adicionales:** probablemente, la psicoterapia no tenga efectos adversos sobre el paciente.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** los datos se obtienen de dos estudios**,** con posible riesgo de sesgo, con heterogeneidad substancial e imprecisión en las estimaciones.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la evidencia indica que hay una mejora en la depresión y en la puntuación de las actividades diarias, y no se detallan efectos adversos de añadir la psicoterapia al tratamiento farmacológico del paciente.
- **Consideraciones adicionales**: en otras condiciones, se ha demostrado que la psicoterapia puede ayudar en el tratamiento de la depresión, por lo que, aunque en personas con ictus la evidencia es de muy baja calidad, la utilidad que sí se ha registrado en otros casos apoyaría su recomendación.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** la magnitud de los recursos dependerá de cómo se prevea implementar la psicoterapia, si ya existe algún programa de atención desde la unidad de AP o hay que derivar al especialista.

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** probablemente aumentaría.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** si la psicoterapia es eficaz y no se oferta desde el sistema público de salud, se generarán inequidades entre las personas que pueden y no pueden permitírselo de forma privada.

**j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales**: se entiende que las personas que han sufrido un ictus aceptarían la psicoterapia como parte del tratamiento de su depresión.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales**: los programas de atención a las personas que han sufrido un ictus incluyen intervenciones conductuales llevadas a cabo por los/las profesionales de enfermería, incluyendo aceptación de la enfermedad crónica, adherencia terapéutica, apoyo emocional a la unidad de cuidado (personas afectadas y cuidadoras), así como la promoción de cambios de conductas.

**l) Otras consideraciones:** no se han tenido en cuenta.

## Para la ansiedad

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** Chun *et al*. (86) incluye los datos de un estudio que demuestra un mayor efecto sobre la puntuación de la ansiedad con la escala *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HAMA), al combinar el tratamiento con paroxetina con la psicoterapia frente al tratamiento con paroxetina (DEM −4,79; IC95 % de −5,87 a −3,71) (90).
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio**: no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se piensa que añadir psicoterapia al tratamiento farmacológico de la ansiedad no producirá efectos adversos.

**c) ¿Cuál es la calidad global en la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** muy baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** solo hay un estudio que evalúa la adición de la psicoterapia al tratamiento farmacológico de la ansiedad post-ictus, con pocos pacientes y posible riesgo de sesgos.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la adición de la psicoterapia disminuye de forma significativa la puntuación de la ansiedad, sin describirse efectos adversos al respecto, aunque se trata de un único estudio pequeño.
- **Consideraciones adicionales**: no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** la magnitud de los recursos dependerá de cómo se prevea implementar la psicoterapia, si puede ser alguna intervención desde AP o hay que derivar al especialista.

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** probablemente aumentaría.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** si la psicoterapia es eficaz y no se oferta desde el sistema público de salud, se generarán inequidades entre las personas que pueden y no pueden permitírselo de forma privada.

**j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales**: se cree que todos los pacientes lo aceptarían, aunque puede que alguno no lo acepte.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.

- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales**: ha de considerarse si hay algún tipo de psicoterapia que pueda proporcionarse desde AP o si es necesario derivar a la persona al especialista correspondiente.

**l) Otras consideraciones:** no se han tenido en cuenta.

## 7.5. Intervenciones multidisciplinares

¿Son eficaces las intervenciones multidisciplinares (fisioterapia junto con terapia ocupacional, logopedia, etc.) en la mejoría de la independencia para las AVD en personas que han sufrido un ictus?

# Contexto

El ictus es la principal causa de pérdida funcional en el mundo, puesto que puede causar un amplio rango de déficit neurológicos.

Los servicios de cuidados post-ictus han demostrado su efectividad en ayudar a las personas a volver a su hogar y en mejorar y acelerar la recuperación de su estado funcional. Se ha observado que los servicios de rehabilitación que ofrecen fisioterapia, terapia ocupacional y otras intervenciones multidisciplinares, ayudan a reducir la probabilidad de un mal pronóstico y a mejorar la independencia para las AVD en las personas que han sufrido un ictus, o han sido dados de alta tras un ictus hace menos de un año.

El equipo de rehabilitación debería ser e incluir tanto a personal médico como de enfermería, fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional y trabajo social. Las personas cuidadoras y aquellas que han sufrido un ictus deberían también involucrarse en este equipo, si fuera posible, desde el inicio y durante el proceso de rehabilitación. Por ello, se ha querido evaluar la evidencia que existe sobre la efectividad y seguridad de intervenciones multidisciplinares en la atención de las personas que han sufrido un ictus.

# Recomendaciones

| **Intervenciones multidisciplinares** | |
|---|---|
| **Débil a favor** | Se sugiere la implementación de intervenciones multidisciplinares que permitan la evaluación conjunta de la persona que ha sufrido un ictus y de sus necesidades, para que la atención que se le brinda sea lo más integral y coordinada posible. |
| **Débil a favor** | Se sugiere contar con profesionales de la enfermería, rehabilitadores, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales, etc. que puedan ayudar a mejorar las diferentes secuelas y necesidades de las personas que han sufrido un ictus, hasta que no se identifiquen objetivos funcionales que mejorar. |

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor** | La persona que ha sufrido un ictus y su cuidador/a y/o familiares deberían participar de forma activa en la definición de los objetivos de rehabilitación y familiarizarse con los ejercicios y cuidados que deberían realizarse. |
| **Fuerte a favor** | Tras el alta hospitalaria, el equipo de AP debe comprobar que la persona que ha sufrido un ictus está cumpliendo o ha cumplido con el tratamiento rehabilitador indicado en cada caso. |
| **BPC** | El equipo de AP debería instruir a las personas cuidadoras o familiares de personas que han sufrido un ictus y con gran deterioro funcional que no son candidatas a rehabilitación en los cuidados necesarios para estas personas. |
| **BPC** | Cuando la persona que ha sufrido un ictus experimente un deterioro funcional por depresión, fracturas, caídas, espasticidad, dolor o cualquier otra causa, se recomienda derivar de nuevo a rehabilitación con el fin de intentar recuperar el nivel funcional previo además de tratar las posibles causas desencadenantes. |

# Justificación

Se ha realizado una recomendación débil a favor de las intervenciones multidisciplinares, puesto que aquellas intervenciones que mejores resultados han obtenido son las que han contado con reuniones multidisciplinares para la valoración conjunta de la persona que ha sufrido un ictus y de sus necesidades, así como aquellas que coordinan de forma estrecha la AP y AE. Sin embargo, para implementar estas intervenciones habría que analizar las necesidades organizativas y los recursos disponibles, para poder ofrecer este servicio de la forma más eficiente posible.

# Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia**: la confianza en la evidencia es moderada.
- **Balance entre beneficios y riesgos**: existe un beneficio cuanto se implementan intervenciones multidisciplinares, sin que se reporten efectos adversos por haber implementado este tipo de intervenciones.
- **Factibilidad**: la fuerza de la recomendación es débil porque se entiende que la implementación de este tipo de intervenciones necesita de una organización y recursos que quizá no estén disponibles en todos los casos. Por ello, se realiza una recomendación débil a favor.

# De la evidencia a la recomendación

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** moderado.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en cuanto a las **AVD**, no observan una mejoría ni la revisión de Fens *et al*. (91) ni el ensayo de Vluggen *et al*. (92) en personas mayores frágiles (*Frenchay Activity Index* (FAI): DM -1,69; IC95 % de -5,39

a 2). Sin embargo, sí se observa una mejora en la subescala de **autonomía fuera del hogar** de *Impact on Participation and Activity* (IPA) (máximo 20 puntos, siendo menos mejor) (DM −2,15, p=0,047) y la **carga percibida del cuidador** (DM 1,23, P=0,048).

En otro ensayo posterior (93) se observa una mejoría en el **autocuidado** (índice de Barthel modificado a los 3 meses del grupo HCISM vs. control: 72,28 ± 10,52 vs. 60,02 ± 10,11) y **la autoeficacia** (*General Self Efficacy Scale* (GSES): grupo observación vs. control: 26,61 ± 5,01 vs. 21,55 ± 4,18).

En el estudio STROKE-CARD (94), el 81,4 % del grupo intervención alcanzaba la **independencia funcional a los 12 meses** (escala de Rankin modificada) frente al 76,1 % del grupo control (**RR de 1,07; IC95 % de 1,02 a 1,12**).

En cuanto a los eventos de **enfermedad vascular importante** (desenlace compuesto por ictus isquémico no fatal, ictus hemorrágico no fatal, infarto de miocardio no fatal o muerte vascular), se observa una reducción significativa del riesgo en el grupo intervención (HR de 0,63; IC95 % de 0,45 a 0,88; p=0,007), aunque sin diferencias significativas en la **recurrencia de ictus o AIT** y **mortalidad por todas las causas** (HR de 0,81; IC95 % de 0,54 a 1,21; HR de 0,72; IC95 % de 0,47 a 1,10, respectivamente). Sí hubo diferencias significativas para **infarto de miocardio** (HR de 0,32; IC95 % de 0,13 a 0,80; p=0,014) y **mortalidad vascular** (HR 0,32; IC95 % de 0,16 a 0,66) (94).

En cuanto a la **calidad de vida,** en la revisión de Fens *et al*. (91) solo dos de los ocho estudios reportaron efectos favorables, aunque en el STROKE CARD (94) se observó una mejor calidad a los 12 meses, siendo el valor mediano del índice de salud (EQ-5D-3L) de 0,783 (IQR 0,687-1,000) en el grupo intervención y de 0,779 (IQR 0,573-1,000) en el control (P <0,001). Asimismo, el 43 % del grupo intervención obtuvo una puntuación de 1 (ausencia de problemas) en todas las dimensiones, frente al 32 % del grupo control (RR 1,36; IC95 % de 1,20 a 1,54; P <0,001).

- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio**: insignificantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se observan efectos adversos en ningún caso. Willeit *et al*. (94) señalan que no encontraron diferencias en el riesgo de efectos adversos potenciales de una prevención secundaria intensificada en el grupo STROKE-CARD frente al control.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** aunque no se ha realizado un MA, se considera que el estudio de STROKE-CARD (94) proporciona evidencia de alta calidad sobre el efecto de la intervención multidisciplinar, así como el estudio de Feng *et al*. (93). Sin embargo, como los estudios anteriores más pequeños y con intervenciones más simples no encontraron diferencias con el grupo control, se ha disminuido la calidad de la evidencia a moderada.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo valoran los pacientes la importancia de los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se cree que no habrá diferencias, porque cualquier persona que presente secuelas importantes del ictus querrá intentar recuperarse.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** el estudio de mejor calidad y mayor tamaño indica que la intervención multidisciplinar ayuda a disminuir los eventos vasculares y mejora tanto las actividades diarias como la calidad de vida de los pacientes, sin presentar al parecer efectos adversos.
- **Consideraciones adicionales**: no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** costes y ahorros insignificantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** se ha identificado un estudio de coste-efectividad sobre una intervención que no respondía exactamente a la pregunta planteada, pero en la que se generó una vía de atención post-ictus integrada en AP (iCaPPS©) en comparación con la atención convencional tras un ictus desde la perspectiva de la sociedad, utilizando el EuroQol EQ-5D-5 L (95). En este estudio se demostró que la implementación de una ruta clínica de este tipo mejoraba la calidad de vida de los pacientes. A los seis meses, se ganaron 0,55 AVACs, mientras que con la vía de atención tradicional se ganaron 0,32 AVACs (efectividad incremental 0,23 AVAC) (95). A los seis meses, el coste total de la terapia fue de 790,32 Ringgit Malayo (MYR) de 2012 (376,1€ de 2023), mientras que con la vía de atención tradicional fue de 527,22 MYR de 2012 (250,9€ de 2023) (coste incremental de 263,12 MYR de 2012 (125,2 € de 2023)) (95).
- **Consideraciones adicionales:** habría que tener en cuenta si el tipo de intervención del estudio de coste-efectividad sería extrapolable a nuestro contexto. Asimismo, habría que valorar los recursos requeridos para organizar una ruta de atención multidisciplinar en nuestro contexto, que requerirá de personal suficiente, así como la inclusión de profesionales como logopedas, etc., que pueden no estar incluidos en todos los servicios de salud de las comunidades de España.

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la validez externa del estudio es moderada, puesto que el estudio se realiza en Malasia, y tanto los resultados del estudio como los precios son los de dicho país (95), y puede que no se correspondan con los de nuestro sistema.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** el coste adicional por AVAC ganado de la intervención iCaPPS frente a los cuidados habituales fue de 1144 MYR (544,4€ de 2023), equivalente al 3,7 % del PIB per cápita para el 2012 en Malasia (95). El análisis de S señaló que, para el mejor escenario, la ratio coste-efectividad incremental (RCEI) fue de 1379,91 MYR de 2012 (656,6€ de 2023) y para el peor de 3310,78 MYR de 2012 (1575,5€ de 2023) al comparar iCaPPS frente al cuidado habitual (95).
- **Consideraciones adicionales:** habría que tener en cuenta la validez externa de la intervención, los costes, etc.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** probablemente disminuiría.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** puede que recomendar una intervención multidisciplinar aumente las diferencias entre regiones o comunidades en función de la cantidad de profesionales que requieran incluir para que esto se pueda implementar.

**j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales**: se entiende que las personas que han sufrido un ictus lo aceptarán, pero puede que, si no se cuentan con los recursos suficientes a nivel de personal, o que los profesionales sanitarios no estén todos de acuerdo.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** varía.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales**: la implementación dependerá de la organización de la atención en cada comunidad. En Willeit *et al*. (94), las personas que habían sufrido un ictus acudían a una cita presencial multidisciplinar (con personal médico especialista en ictus, personal de enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia), de dos a tres horas de duración para pacientes y cuidadores tres meses después del evento para reevaluar la etiología de ictus/AIT, etc. En Feng *et al*. (93) se establecía un grupo de intervención integrado (personal de neurología, rehabilitación, enfermería, medicina de AP, etc.), donde la la jefatura del personal de enfermería era la responsable de la coordinación y el personal de rehabilitación de entrenar de forma sistemática a todas las personas pertenecientes al equipo (personal de neurología, medicina de AP, jefatura de enfermería y rehabilitadores discuten y determinan la intervención final); y se establece una plataforma de información hospital-comunidad, para compartir y discutir información sobre la persona y determinar su progreso y fortalecer la conexión entre el hospital y la atención comunitaria. El grupo de enfermería del servicio comunitario de salud, tras recibir la notificación desde el hospital, organiza una visita a la casa de la persona que ha sufrido un ictus con personal médico de AP y enfermería especializada para valorar su estado, el

apoyo familiar, y comunicarse con el equipo de enfermería hospitalaria para formular de forma conjunta el programa de rehabilitación en el hogar.

l) **Otras consideraciones:** no se han tenido en cuenta.

## 7.6. Terapia ocupacional

¿Es eficaz la terapia ocupacional en la mejoría de la independencia para las AVD en personas que han sufrido un ictus?

# Contexto

Aunque se ha señalado que el equipo de rehabilitación que trata a las personas que han sufrido un ictus debería incluir a un/una terapeuta ocupacional, como no es un servicio que está a disposición de cualquier persona que ha sufrido un ictus, se señala la necesidad de evaluar si se han publicado nuevos estudios que apoyen el papel de la terapia ocupacional en la rehabilitación de las personas con ictus.

# Recomendaciones

| | |
|---|---|
| **Débil a favor** | Se sugiere que, si la persona que ha sufrido un ictus tiene dificultades para realizar las actividades diarias, ésta sea tratada por un/una terapeuta ocupacional. |

# Justificación

La evidencia señala que la terapia ocupacional tiene un efecto positivo en la reducción de la mortalidad o de presentar un desenlace negativo para la persona que ha sufrido un ictus, y un efecto algo menor, pero significativo, en la mejora de las AVD, sobre todo de las actividades instrumentales. Además, se trata de un tema de suma importancia para las personas que han sufrido un ictus, por lo que se recomienda de forma fuerte a favor del mismo.

# Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es baja.
- **Balance entre beneficios y riesgos**: existe un beneficio moderado, puesto que se reduce de forma importante la probabilidad de la mortalidad y de presentar un desenlace negativo al final del seguimiento, y mejoran las AVD, sin que se reporten efectos adversos por haber implementado este tipo de intervenciones.
- **Factibilidad**: se entiende que puede haber variabilidad en la disponibilidad de terapeutas ocupacionales en los servicios sanitarios de las diferentes comunidades, pero debería

ser algo que se tendría que ofertar a estas personas. Por eso, a pesar de las dificultades que puedan encontrarse, se realiza una recomendación fuerte a favor.

# De la evidencia a la recomendación

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** según los resultados de la revisión sistemática de Legg *et al*. (96) sobre la terapia ocupacional en personas que han sufrido un ictus y presentan problemas con las actividades diarias, la probabilidad de **muerte o para un desenlace negativo** al final del seguimiento (muerte, deterioro o dependencia para realizar actividades personales diarias) fue de 0,71 (IC95 % de 0,52 a 0,96) a favor de la terapia ocupacional. La media de la puntuación de las **actividades diarias** fue 0,17 DE mayor (diferencia significativamente pequeña) en el grupo que recibió terapia ocupacional frente al que recibió atención habitual (DEM 0,17 mayor; IC95 % de 0,03 a 0,31). La puntuación para las **actividades instrumentales de la vida diaria** al final del seguimiento fue de 0,22 DE mayor (IC95 % de 0,07 a 0,37) para el grupo con terapia ocupacional que para el grupo control.
  En cuanto a la puntuación media del **estado de ánimo o la angustia**, esta fue 0,08 DE mayor (de 0,09 menos a 0,26 veces más), siendo la diferencia no significativa.
- **Consideraciones adicionales**: no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio**: no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se encuentra un aumento de efectos adversos con la implementación de la terapia ocupacional.
- **Consideraciones adicionales:** se piensa que la terapia ocupacional no producirá efectos adversos en los pacientes.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** se baja la calidad de la evidencia por riesgo de sesgo de los estudios y por imprecisión en todos los desenlaces.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran los desenlaces principales?**

- **Juicio:** probablemente la incertidumbre o la variabilidad no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se cree que todas las personas que han sufrido un ictus darían una importancia similar a recuperar cualquier secuela o discapacidad que hayan sufrido debido al ictus, y sobre todo a recuperar las actividades diarias.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la evidencia indica que hay una mejora tanto en la reducción de mortalidad y desenlaces negativos como una mejoría en las actividades diarias de estas personas, sin que se describan además efectos adversos relacionados, por lo que el balance favorece la intervención frente a la comparación.
- **Consideraciones adicionales**: no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** se tendrá que valorar en función de que exista o no dentro del SNS la figura del terapeuta ocupacional para atender a estas personas.

**g) ¿Cuál es la certeza en torno a la evidencia sobre los recursos requeridos?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
- **Consideraciones adicionales:** si la intervención mejora las actividades diarias y tiene un efecto positivo incluso en la reducción de la mortalidad y desenlaces negativos, el coste de ofrecer el servicio de terapia ocupacional podría estar compensado.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** probablemente disminuiría.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** recomendar la inclusión de la terapia ocupacional puede hacer que surjan diferencias entre centros o comunidades, que vean más difícil su integración dentro de los servicios ofertados a estas personas. Por ello, sería importante tenerlo en cuenta a nivel nacional para no generar inequidades en este respecto.

**j) ¿Es aceptable la opción para los grupos de interés implicados?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en una revisión integradora (97) que explora la evidencia existente sobre barreras y facilitadores para aumentar la implicación de las personas con ictus en la rehabilitación hospitalaria, se identifican cuatro temas principales: 1) el impacto del ictus; 2) la autoeficacia; 3) *therapeutic relationship*; y, 4) factores motivadores. Se señala que la definición de los objetivos con

la persona que ha sufrido un ictus podría aumentar su participación y la eficacia de cualquier intervención rehabilitadora.
En otra metasíntesis cualitativa sobre la experiencia en ejercer una ocupación tras el ictus (98) se identificaron cinco temas conceptuales: 1) respuesta emocional tras el ictus; 2) impacto del ictus en la identidad; 3) el papel significativo de otras personas; 4) el acceso a la comunidad; y, 5) el proceso de la adaptación ocupacional.
Se señala que la implicación ocupacional tras un ictus está ligada a la propia identidad y a la respuesta emocional, siendo dos aspectos que tienen un impacto en la capacidad de la adaptación ocupacional.

- **Consideraciones adicionales:** se entiende que no habría problemas de aceptabilidad por parte de los/las pacientes ni por parte de los/las profesionales sanitarios.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales**: dependerá de los recursos necesarios con los que se cuente para poder implementar esta medida, o si se debe realizar una inversión para poder ofrecer este servicio a las personas que han sufrido un ictus y tienen problemas con sus actividades diarias.

**l) Otras consideraciones:** no se han tenido en cuenta.

## 7.7. Tratamiento dual antiagregante

Aquellas personas que han sufrido un ictus isquémico leve o un AIT no cardioembólico, que no son candidatos a trombólisis y que reciben tratamiento dual antiagregante, ¿cuánto tiempo deberían estar recibiendo dicho tratamiento?

# Contexto

En aquellas personas que han sufrido un ictus leve o un AIT que no son candidatas a trombólisis, el tratamiento dual antiagregante puede ayudar a la recuperación de las secuelas y disminuir el riesgo de recurrencia de ictus, aunque la duración del tratamiento podría alterar el balance entre los riesgos y los beneficios obtenidos. Por ello, se ha considerado de interés para la AP conocer cuál debería ser la duración más aceptable de dicho tratamiento en estos pacientes.

# Recomendaciones

| | |
|---|---|
| **Fuerte a favor** | Se recomienda que en aquellas personas con ictus isquémico no cardioembólico leve o AIT de alto riesgo en las que se inició tratamiento dual antiagregante con AAS y clopidogrel, éste se mantenga durante las primeras tres semanas para prevenir la recurrencia de ictus. |
| **Débil a favor** | Se sugiere que en aquellas personas con ictus isquémico leve o AIT de alto riesgo no cardioembólico que iniciaron tratamiento con AAS y ticagrelor, éste se mantenga durante un máximo de 30 días para prevenir la recurrencia del ictus. |
| **BPC** | Una vez finalizada la doble antiagregación, el tratamiento antiagregante con AAS o clopidogrel debería continuar de forma indefinida. |

# Justificación

Con relación al tratamiento dual antiagregante y su duración en personas con ictus leve o AIT de alto riesgo no cardioembólico, en la versión anterior de la guía no se hacía hincapié en el seguimiento posterior desde AP. La evidencia a este respecto señala que el tratamiento dual antiagregante con clopidogrel y AAS durante 21 días es beneficioso para estas personas y que el tratamiento dual con ticagrelor y AAS también lo es, aunque con mayor riesgo de hemorragia.

# Justificación detallada

- **Calidad de la evidencia:** la confianza en la evidencia es moderada para el tratamiento dual antiagregante de clopidogrel y AAS, y más baja para el tratamiento dual con ticagrelor y AAS.
- **Balance entre beneficios y riesgo**s: el balance en ambos casos sería favorable, aunque en mayor medida para el tratamiento con clopidogrel y AAS de no más de 21 días de duración.

# De la evidencia a la recomendación

## Clopidogrel y AAS

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** moderado**.**
- **Evidencia procedente de la investigación:** el riesgo de **ictus recurrente no fatal a los 90 días** disminuye con el tratamiento dual (RR de 0,70; IC95 % de 0,61 a 0,80; 19 menos por 1000 (de 25 menos a 13 menos)). El riesgo de **discapacidad funcional grave** también es menor en el grupo tratado (RR 0,90; IC95 % de 0,81 a 1,01; 14 menos por 1000 (de 27 menos a uno más)), así como el de presentar una **baja calidad de vida a los 90 días** (EQ-5D de 0,5 o menos) (RR 0,81; IC95 % de

0,66 a 1,01; 13 menos por 1000 (de 23 menos a uno más)). El riesgo de **mortalidad a los 90 días** no es estadísticamente mayor (OR 1,27; IC95 % de 0,73 a 2,23; uno más por 1000 (de dos menos a cuatro más)). En el análisis de subgrupo en función de la **duración del tratamiento** (< 21 días o más), el riesgo de **ictus isquémico a los 90 días** era similar (cuatro más por 1000 (de dos menos a 11 más)) (39, 99).

- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:** pequeños.
- **Evidencia procedente de la investigación:** entre las 36 RS publicadas desde 2019, en ninguna de ellas se añaden nuevos estudios a los ya incluidos por la guía australiana escogida como base. Por ello se utilizan sus datos para responder a esta pregunta.
  El riesgo de **sangrado importante extracraneal a los 90 días** es mayor en el grupo tratado con clopidogrel y AAS (OR 1,71; IC95 % de 0,92 a 3,20; cuatro más por 1000 (de dos a seis más)).
  El **análisis de subgrupos** según la **duración del tratamiento** (< 21 días o más) mostró que había diferencias en el porcentaje de pacientes con **sangrado moderado o grave a los 90 días,** que era mayor en el grupo con una duración mayor de 21 días (OR 2,20; IC95 % de 0,83 a 5,78; tres más por 1000 (de uno menos a siete más)) (39, 99).
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** moderada.
- **Evidencia procedente de la investigación:** la calidad de la evidencia ha sido considerada alta o moderada para todos los desenlaces. Por eso se considera calidad global moderada.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran los desenlaces principales?**

- **Juicio:** la incertidumbre o la variabilidad probablemente no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia al respecto**.**
- **Consideraciones adicionales:** se considera que no habría variabilidad en la opinión de los pacientes con los desenlaces considerados.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** se considera que el balance es favorable, sobre todo teniendo en cuenta que, con una duración de 21 días, el riesgo de sangrado en estos pacientes es menor en comparación con alargarlo 90 días, sin reducir el efecto sobre el riesgo de recurrencia de ictus.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se puede valorar porque no se han incluido estudios.

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se puede valorar porque no se han incluido estudios.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
- **Consideraciones adicionales:** no se han identificado estudios de coste-efectividad al respecto.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**j) ¿Es aceptable la opción para todas las partes interesadas?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se piensa que sí sería factible implementar la recomendación.

## Ticagrelor y AAS

**a) ¿Cuál es la magnitud de los efectos deseados esperados?**

- **Juicio:** moderado**.**
- **Evidencia procedente de la investigación:** el riesgo de sufrir un **ictus o mortalidad a los 30 días** es menor con el tratamiento de ticagrelor y AAS (HR 0,83; IC9 5% de 0,71 a 0,96), lo que supone una diferencia de 10 menos por 1000 (de 18 menos a dos menos). El riesgo de **ictus recurrente a los 30 días** también es menor (HR 0,79; IC95 % de 0,68 a 0,93), lo que supone una diferencia de 13 menos por 1000 (de 20 a cuatro menos). No había cambios en el riesgo de discapacidad (ERm > 1) a los 30 días (39, 100).
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**b) ¿Cuál es la magnitud de los efectos no deseados esperados?**

- **Juicio:** moderado.
- **Evidencia procedente de la investigación:** el **riesgo de sangrado grave** fue mayor para este grupo (HR 3,99; IC95 % de 1,74 a 9,14), lo que supone una diferencia de cuatro casos más por 1000 (IC95 % de uno a ocho más) (39, 99).
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**c) ¿Cuál es la calidad global de la evidencia sobre los efectos?**

- **Juicio:** baja.
- **Evidencia procedente de la investigación:** se ha considerado la calidad de la evidencia para los desenlaces como moderada, salvo para el riesgo de sangrado grave, que era baja. Por ello, se considera la calidad global de la evidencia como baja.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**d) ¿Existe incertidumbre o variabilidad importante sobre cómo los pacientes valoran los desenlaces principales?**

- **Juicio:** la incertidumbre o la variabilidad probablemente no sean importantes.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado evidencia al respecto**.**
- **Consideraciones adicionales:** se considera que no habría variabilidad en la opinión de los pacientes con los desenlaces considerados.

**e) El balance entre los efectos deseados y no deseados esperados, ¿favorece la intervención o la comparación?**

- **Juicio:** probablemente favorece la intervención.
- **Evidencia procedente de la investigación:** en este caso el balance probablemente favorezca la opción, aunque con menos fuerza que en el caso de clopidogrel y AAS.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**f) ¿Cuál es la magnitud de los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**g) ¿Cuál es la calidad de la evidencia sobre los recursos requeridos (costes)?**

- **Juicio:** no se han incluido estudios.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios.
- **Consideraciones adicionales:** no se puede valorar porque no se han incluido estudios.

**h) El coste-efectividad de la intervención, ¿favorece a la intervención o a la comparación?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios de coste-efectividad.
- **Consideraciones adicionales:** no se han identificado estudios de coste-efectividad al respecto.

**i) ¿Cuál sería el impacto en la equidad en salud?**

- **Juicio:** no se sabe.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han identificado estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**j) ¿Es aceptable la opción para las partes interesadas?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se han incluido estudios al respecto.
- **Consideraciones adicionales:** no se han tenido en cuenta.

**k) ¿Es factible la implementación de la opción?**

- **Juicio:** probablemente sí.
- **Evidencia procedente de la investigación:** no se ha identificado.
- **Consideraciones adicionales:** se piensa que sí sería factible implementar la recomendación.

# 8. Estrategias diagnósticas y terapéuticas.

En este apartado se ha mantenido la estrategia a seguir ante sospecha de ictus que ya se describió en la versión anterior de la guía, subrayándose además los criterios de derivación de los ictus (agudo/comunicado).

Los cambios que se han realizado con respecto la versión anterior han sido la adición de la escala ROSIER como posible escala a utilizar ante una persona con sospecha de ictus (ver Figura 1).

Por otro lado, también se ha elaborado un algoritmo sobre la estrategia de AP desde el momento del alta hospitalaria y seguimiento del paciente (ver Figura 2).

Figura 1. **Estrategia a seguir ante un paciente con sospecha de ictus**

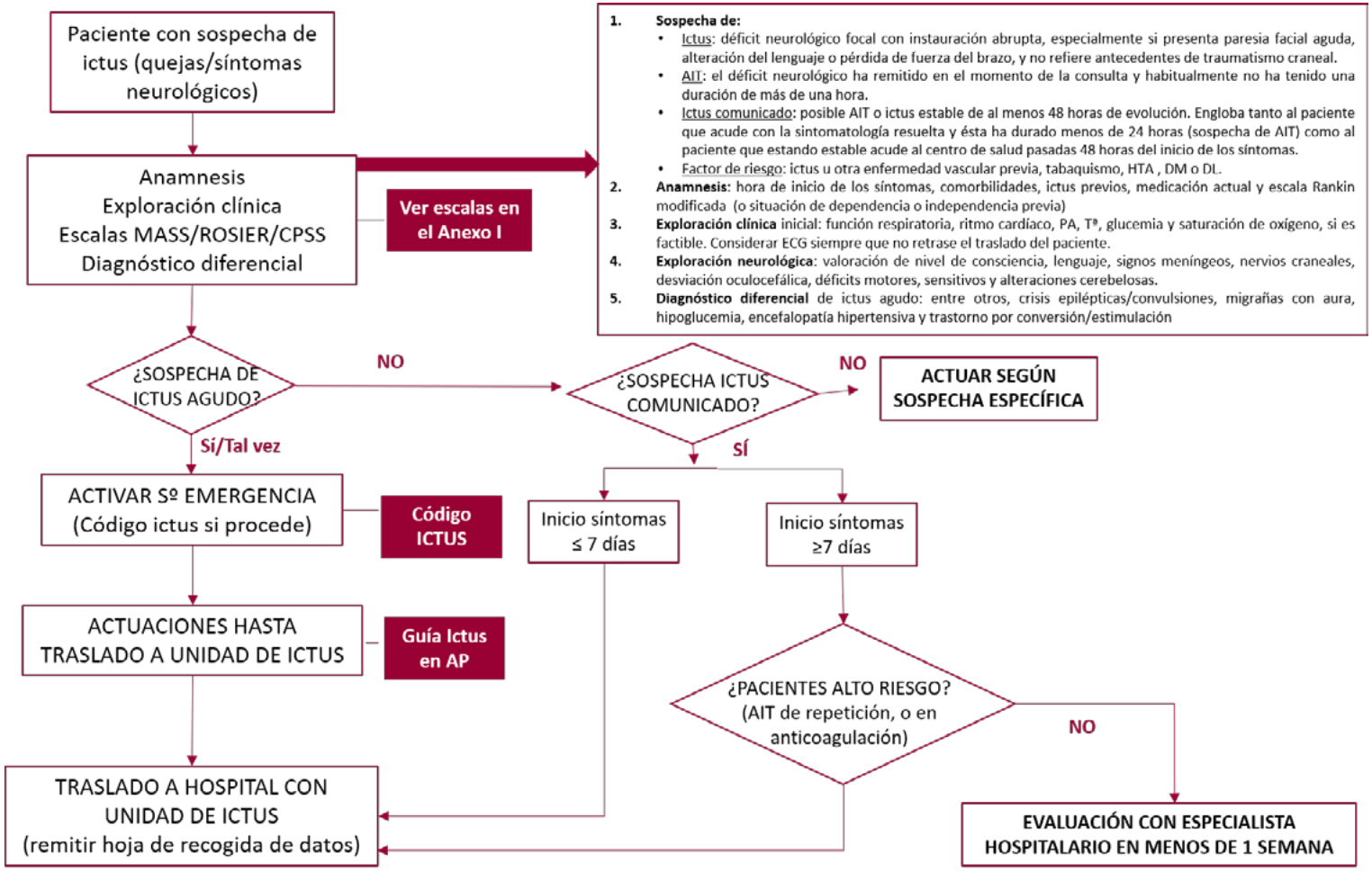
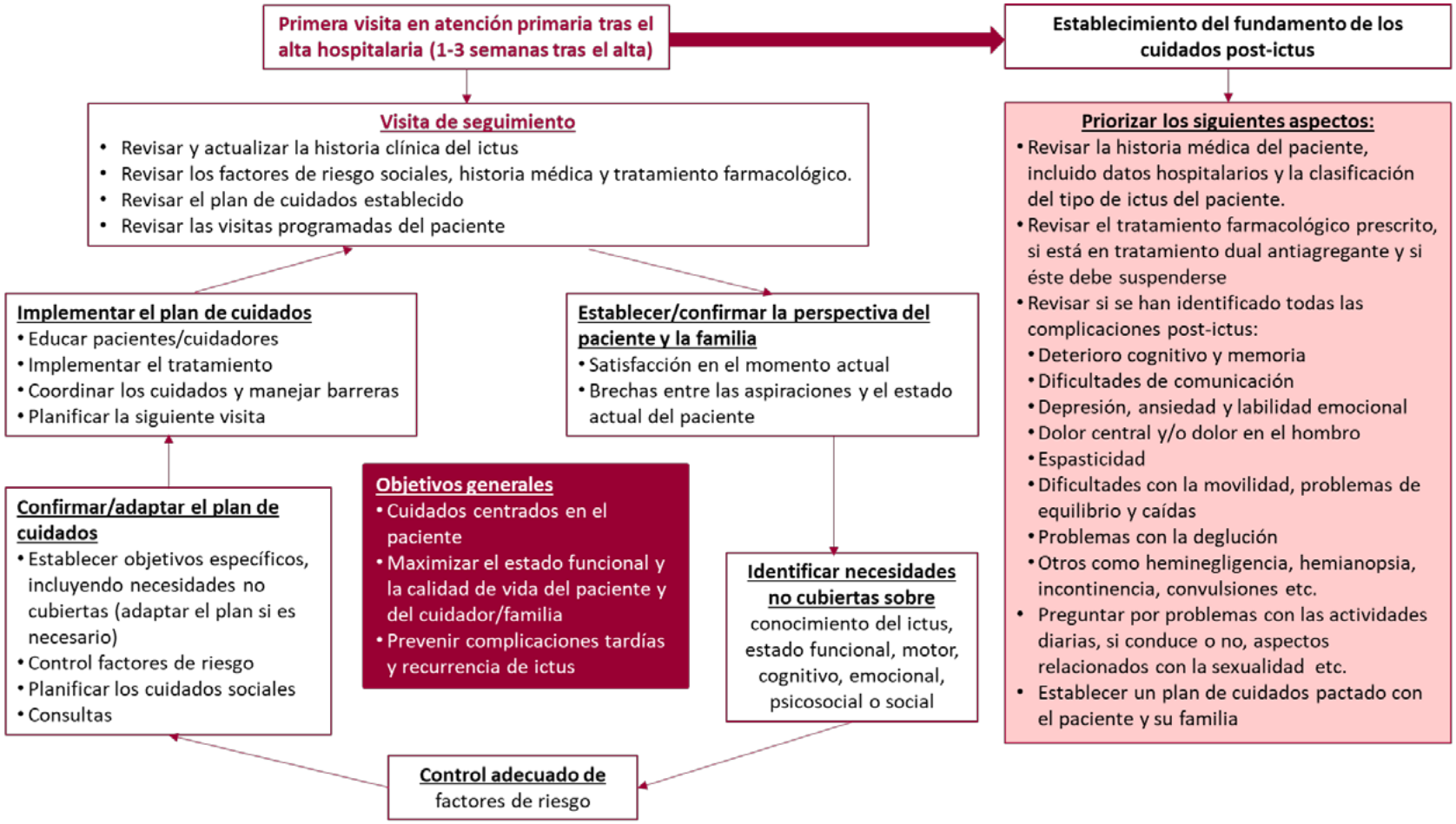


Figura 2. **Algoritmo sobre la estrategia de AP desde el alta hospitalaria y seguimiento del paciente**



# 9. Difusión e implementación

## 9.1. Estrategia de difusión e implementación

Para conseguir que los/las profesionales sanitarios/as se adhieran a las recomendaciones que se realizan en las GPCs, es necesario contar con una estrategia de implementación dirigida a vencer las barreras existentes en el medio en el que se vayan a utilizar.

En este caso, se van a considerar las siguientes intervenciones:

- Presentación de la guía por parte de las autoridades sanitarias a los medios de comunicación.
- Presentación de la guía a las Direcciones y Subdirecciones de Atención Primaria y Atención Especializada de los diferentes Servicios de Salud.
- Presentación institucional a las distintas sociedades científicas, asociaciones de pacientes y profesionales implicados.
- Distribución dirigida y efectiva a los colectivos profesionales implicados (medicina, enfermería, trabajo social de AP, neurología, rehabilitación, fisioterapia, psiquiatría, geriatría, terapia ocupacional, logopedia, etc.) para facilitar la diseminación.
- Presentación interactiva de la guía en los centros de salud por parte de líderes locales de opinión.
- Difusión de la guía en formato electrónico en las páginas web del Ministerio de Sanidad, de Guíasalud, de Osteba, de las sociedades científicas y asociaciones de pacientes implicadas en el proyecto.
- Publicación de la guía en revistas científicas.
- Establecimiento de criterios de buena atención a las personas que han sufrido un ictus en los contratos programa y contratos de gestión clínica, según lo establecido en la guía.
- Evaluación de la efectividad de la implantación, estableciendo sistemas de apoyo a la decisión clínica, integrando la guía y los indicadores seleccionados en el programa informático utilizado en AP.

## 9.2. Propuesta de indicadores

En esta guía se presentan una serie de indicadores que deberían poder medirse a través del sistema de información en AP, con la finalidad de evaluar tanto la atención sanitaria que recibe la persona que ha sufrido un ictus como el impacto que ha podido tener la implementación de las recomendaciones que se realizan en la guía.

No se trata de proponer indicadores para realizar una evaluación exhaustiva, sino de proporcionar una herramienta al personal clínico y gestores que se pueda utilizar en el diseño de la evaluación de la atención que se presta a las personas que han sufrido un ictus en AP.

Para poder realizar la medición de estos indicadores, sería recomendable que en AP existiera un protocolo de registro de la atención que se brinda a las personas que han sufrido un ictus. Este protocolo facilitaría la obtención de los datos necesarios para analizar si la atención ofrecida se ajusta o no a las recomendaciones establecidas.

Cabe señalar que, en general, los sistemas de codificación utilizados en AP no permiten clasificar al paciente como persona con sospecha de ictus. Por ello, aunque en algunos de los indicadores se había señalado en el denominador que la medición se realizaría en personas con sospecha de ictus, ésta se realizará en personas con diagnóstico final de ictus. Estos casos se han marcado con un asterisco (*).

Así, los indicadores que se han propuesto han sido los siguientes:

| **1. Uso de escalas prehospitalarias en personas con sospecha de ictus en AP** |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con sospecha de ictus que presentan en su historia clínica de AP el registro de los datos mediante escala prehospitalaria (CPSS, MASS, ROSIER…).<br>b) N.º de personas con diagnóstico de ictus* que, como primer contacto con la asistencia sanitaria, acudieron al centro de salud. |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de personas con sospecha de ictus con registro de datos de escalas en historia clínica, mejor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65). |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| - |

| 2. Medición de la PA en el primer contacto con AP |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con sospecha de ictus que acuden al centro de salud a las que se registra la medición de la PA.<br>b) N.º de personas con diagnóstico de ictus* que, como primer contacto con la asistencia sanitaria, acudieron al centro de salud. |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de personas a los que se les registre la PA, mejor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo, antecedentes de hipertensión arterial y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65). |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| - |

| 3. Inicio de tratamiento de la hipertensión arterial en el centro de AP |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con sospecha de ictus que acuden al centro de salud a las que se les detecta cifras elevadas de PA, pero con una PAS < 220 o PAD < 120 mmHg, y que inician tratamiento antihipertensivo.<br>b) Nº de personas con diagnóstico de ictus* que cuando acudieron inicialmente al centro de salud presentaron cifras de PA elevadas, pero con una PAS < 220 o PAD < 120 mmHg. |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de personas que inicien tratamiento, peor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo, antecedentes de hipertensión arterial y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65). |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| - |

| 4. Medición de niveles de glucemia |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con sospecha de ictus que acuden al centro de salud y que tienen registrado el nivel de glucemia.<br>b) N.º de personas con diagnóstico de ictus* que, como primer contacto con la asistencia sanitaria, acudieron al centro de salud. |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de personas a los que se mida la glucosa, mejor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65). |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| - |

| 5. Inicio de tratamiento de la hiperglucemia |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con sospecha de ictus e hiperglucemia en el centro de salud que inician tratamiento antihiperglucemiante en el centro de salud.<br>b) N.º de personas con diagnóstico *de* ictus* e hiperglucemia que, como primer contacto con la asistencia sanitaria, acudieron al centro de salud. |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de pacientes con hiperglucemia que inicien el tratamiento en el centro de salud, peor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65). |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| - |

| 6. Inicio de tratamiento antiagregante en el centro de salud |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con sospecha de ictus que acuden directamente al centro de salud en el que se inicia tratamiento antiagregante.<br>b) N.º de personas con diagnóstico de ictus* que como primer contacto con la asistencia sanitaria acudieron al centro de salud. |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de personas que inicie el tratamiento, peor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65), incluso por centros de salud. |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| **-** |

| 7. Derivación urgente de personas con sospecha de ictus comunicado |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con sospecha de ictus comunicado que acuden al centro de salud y son derivados de forma urgente<br>b) N.º de personas con ictus comunicado que como primer contacto con la asistencia sanitaria acudieron al centro de salud |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de personas derivados de forma urgente, mejor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65). |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| **-** |

| 8. Duración de tratamiento dual en personas con ictus cardioembólico leve o AIT de alto riesgo |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con ictus cardioembólico leve o AIT que suspenden el tratamiento dual con AAS y clopidogrel 21 días después de su inicio.<br>b) N.º de personas con ictus cardioembólico leve o AIT a los que se había pautado tratamiento dual con AAS y clopidogrel. |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de personas que suspende el tratamiento 21 días después, mejor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65). |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| - |

| 9. Valoración de la disfagia |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con ictus en los que se valora la disfagia en la primera consulta de AP tras el alta hospitalaria.<br>b) N.º de personas con diagnóstico de ictus que acuden por primera vez al centro de salud tras el alta hospitalaria. |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de personas en los que se valore la disfagia, mejor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65). |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| - |

| 10. Personas con ictus y con sospecha de disfagia derivados a especialista |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con ictus y sospecha de disfagia derivadas a especialista desde AP.<br>b) N.º de personas con ictus y sospecha de disfagia registradas en el centro de salud. |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de personas con ictus y sospecha de disfagia que son derivadas, mejor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65). |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| - |

| 11. Tratamiento farmacológico de la ansiedad en personas con ictus |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con ictus en tratamiento farmacológico según historia clínica en AP.<br>b) N.º de personas con ictus y ansiedad registradas en el centro de salud. |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de personas con ictus y ansiedad en tratamiento, mejor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65). |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| - |

| 12. Personas con ictus y depresión/ansiedad en tratamiento con psicoterapia añadida a tratamiento farmacológico |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con ictus y depresión/ansiedad en tratamiento farmacológico con psicoterapia.<br>b) N.º de personas con ictus y depresión/ansiedad registradas en el centro de salud. |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de pacientes con psicoterapia, mejor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65). |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| - |

| 13. Personas con ictus derivadas a rehabilitación, logopedia o terapia ocupacional |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con ictus y secuelas que son derivados a servicio de rehabilitación, logopedia o terapia ocupacional desde AP.<br>b) N.º de personas con ictus y secuelas registrados en el centro de salud. |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de personas derivados, mejor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65). |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| - |

| 14. Plan de cuidados definido |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con ictus y secuelas que presentan un plan de cuidados en AP.<br>b) N.º de personas con ictus y secuelas registrados en el centro de salud. |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de personas con un plan de cuidados definido, mejor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65). |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| - |

| 15. Definición de objetivos de rehabilitación en AP |
|---|
| **Fórmula** |
| ID= a x 100/b, en donde:<br>a) N.º de personas con ictus en los que pacientes/cuidadores han participado en la definición de los objetivos de rehabilitación recogidos en la historia clínica.<br>b) N.º de personas con ictus registrados en el centro de salud. |
| **Definición/ Aclaración/ Referencia** |
| Cuanto mayor sea el número de pacientes/cuidadores que han participado en la definición de los objetivos de la rehabilitación, mejor será la implementación de la recomendación. |
| **Desagregación** |
| Por sexo y grupos de edad (entre 18 y 65 años, mayores de 65). |
| **Fuente de información (del indicador)** |
| Historia clínica informatizada. |
| **Periodicidad** |
| Anual. |
| **Referencia** |
| - |

# 10. Líneas de investigación futura

Durante la elaboración de la guía se ha identificado la necesidad de estudios en algunas áreas de manejo del ictus, puesto que en general, no existen muchos estudios centrados en el manejo del ictus agudo en AP, y no se han identificado estudios que nos ayuden a dar respuesta a muchas de las preguntas que tratan sobre el manejo del ictus tras el alta hospitalaria. A continuación, se detallan las áreas en las que serían necesarios más estudios:

## 10.1. Diagnóstico clínico del ictus

- Son necesarios más estudios que validen las escalas prehospitalarias en nuestro país y que lo hagan en el contexto de la AP, sobre todo de las escalas MASS y ROSIER.
- Serían necesarios estudios que valoren el impacto de utilizar o no estas herramientas en el contexto de la AP para el cribado de estos pacientes, para conocer su efecto más allá de la S y E.
- También sería necesario contar con estudios que profundizaran en las causas que llevan a la baja S de detección de casos mediante llamadas telefónicas para poder mejorar su validez.

## 10.2. Manejo prehospitalario del ictus agudo

- Es necesario incorporar a los servicios prehospitalarios en los estudios acerca del manejo apropiado del ictus agudo.
- Sería de interés contar con estudios sobre el inicio del tratamiento de la hipertensión arterial desde AP en personas con sospecha de ictus, para ver si esta estrategia sería eficaz en mejorar los desenlaces importantes para estos pacientes.
- Siguen siendo necesarios estudios que permitan clarificar las cifras a partir de las cuales sería necesario tratar la hipertensión arterial, así como los fármacos que se deberían emplear.
- Se deberían realizar estudios que permitan determinar si la corrección de la glucemia en personas con ictus agudo conlleva a un beneficio y, asimismo, permitan establecer las cifras de glucemia a partir de las cuales sería aconsejable tratar.

## 10.3. Manejo del ictus tras el alta hospitalaria

- Siguen siendo necesarios estudios que determinen la eficacia del tratamiento de la espasticidad mediante fármacos orales, debido a los pocos estudios que hay y a la repercusión que tiene la espasticidad, sobre todo la generalizada, que no se beneficia de otros tratamientos locales.
- De igual modo, hacen falta más estudios que determinen la eficacia y seguridad de los fármacos en el tratamiento del dolor central post-ictus.

- En cuanto a la disfagia, sería necesario contar con estudios sobre herramientas que se puedan utilizar en AP para el cribado de la disfagia, así como estudios que permitan analizar el efecto de las modificaciones en la dieta sobre los pacientes (disminución del riesgo de aspiración, así como de sus posibles efectos adversos y sobre la calidad de vida de los pacientes).
- También sería de interés contar con mayor evidencia sobre la eficacia y seguridad de los ejercicios deglutorios en la disfagia orofaríngea posterior a un ACV.
- Sería útil contar con estudios que determinaran la utilidad de la psicoterapia como tratamiento concomitante de la depresión y/o ansiedad post-ictus, así como estudios sobre su coste-efectividad.
- Hacen falta estudios que determinen las intervenciones multidisciplinares que mejores resultados pueden proporcionar en los pacientes que han sufrido un ictus, para facilitar la implementación de aquellos que sean más factibles y mejores resultados obtengan. Asimismo, también sería de interés contar con estudios que valoraran el coste-efectividad de estas intervenciones.
- En cuanto a la terapia ocupacional, también sería de interés contar con estudios de mayor calidad metodológica que proporcionaran evidencia más robusta, así como estudios sobre su coste-efectividad.

# 11. Plan de actualización

Está previsto actualizar la guía siguiendo un procedimiento de actualización continuada que consiste en la realización de búsquedas bibliográficas y evaluación de la nueva evidencia cada 12 meses. Las actualizaciones se realizarán sobre la versión electrónica de la guía, disponible en la URL: http://www.guiasalud.es.

La actualización de la GPC será realizada por integrantes del grupo elaborador que participarán en la monitorización continuada de la nueva evidencia disponible a partir de la publicación de la GPC.

Para esta actualización se van a incluir los siguientes aspectos:

## 11.1. Miembros del Grupo de Actualización de la GPC

La actualización contará con la participación de los coordinadores de la guía, necesitándose al menos que un/una coordinador/a clínico/a (mínimo), un/una coordinador/a metodológica/o y un/una documentalista conformen el grupo encargado de detectar información relevante y evidencia disponible, a ser posible, las mismas personas que han elaborado el documento, con el objetivo de aprovechar la experiencia y los hitos aprendidos. La persona coordinadora clínica podrá participar como informante clave y como persona asesora ante la aparición de nueva evidencia ante la solicitud de la coordinación metodológica. En caso de aparición de información con gran incertidumbre se comunicará a GuíaSalud y se conformará un grupo para la valoración de las cuestiones planteadas.

## 11.2. Listado de preguntas clínicas que se consideraron candidatas a monitorizarse

De las preguntas que se han tenido en cuenta en la elaboración de esta guía, el Grupo Elaborador de la Guía plantea la monitorización de las siguientes preguntas clínicas:

Pregunta clínica n.º 1:

¿Es eficaz la terapia ocupacional en la mejoría de la independencia para las AVD en personas que han sufrido un ictus?

Pregunta clínica n.º 16:

¿Son eficaces las intervenciones multidisciplinares (fisioterapia + terapia ocupacional + logopedia…) en la mejoría de la independencia para las AVD en pacientes que han sufrido un ictus?

Ambas preguntas fueron seleccionadas por su importancia y por la cantidad de estudios que se identificaron al realizar la actualización, lo que se asocia a una mayor probabilidad de que aparezcan nuevos estudios que aborden dichas preguntas.

## 11.3. Cronograma de ejecución de las búsquedas y evaluación del impacto de la nueva evidencia

Se crearán alertas de las búsquedas bibliográficas realizadas en las principales bases de datos biomédicas (MEDLINE, EMBASE y COCHRANE). A partir de la fecha de publicación de esta guía, cada seis meses se revisarán los artículos identificados en estas alertas.

Asimismo, contar con la coordinación clínica como informante clave permitirá identificar las publicaciones más relevantes lo antes posible, evitando así la obsolescencia de las recomendaciones elaboradas.

Para la evaluación de la nueva evidencia detectada, se contará con dos investigadores que analicen (por pares) los criterios de inclusión y exclusión. En caso de cumplir dichos criterios, se pondrá en conocimiento de GuíaSalud y se incorporará la nueva evidencia a la síntesis elaborada previamente.

En caso de considerar que la nueva evidencia podría modificar la recomendación en fuerza o dirección, se volverá a constituir el grupo de expertos para su discusión y acuerdo.

# 12. Anexos

## Anexo 1. Escalas prehospitalarias

### 1. Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)

**Asimetría facial** (haga que el paciente sonría o muestre los dientes)

- Normal: ambos lados de la cara se mueven de forma simétrica
- Anormal: un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro

**Fuerza en los brazos** (haga que el paciente cierre los ojos y mantenga ambos brazos extendidos durante 10 segundos)

- Normal: ambos brazos se mueven igual o no se mueven
- Anormal: un brazo no se mueve o cae respecto al otro

**Lenguaje** (pedir al paciente que repita una frase)

- Normal: el paciente utiliza palabras concretas, sin farfullar
- Anormal: el paciente arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar.

**Criterios para identificar ictus**

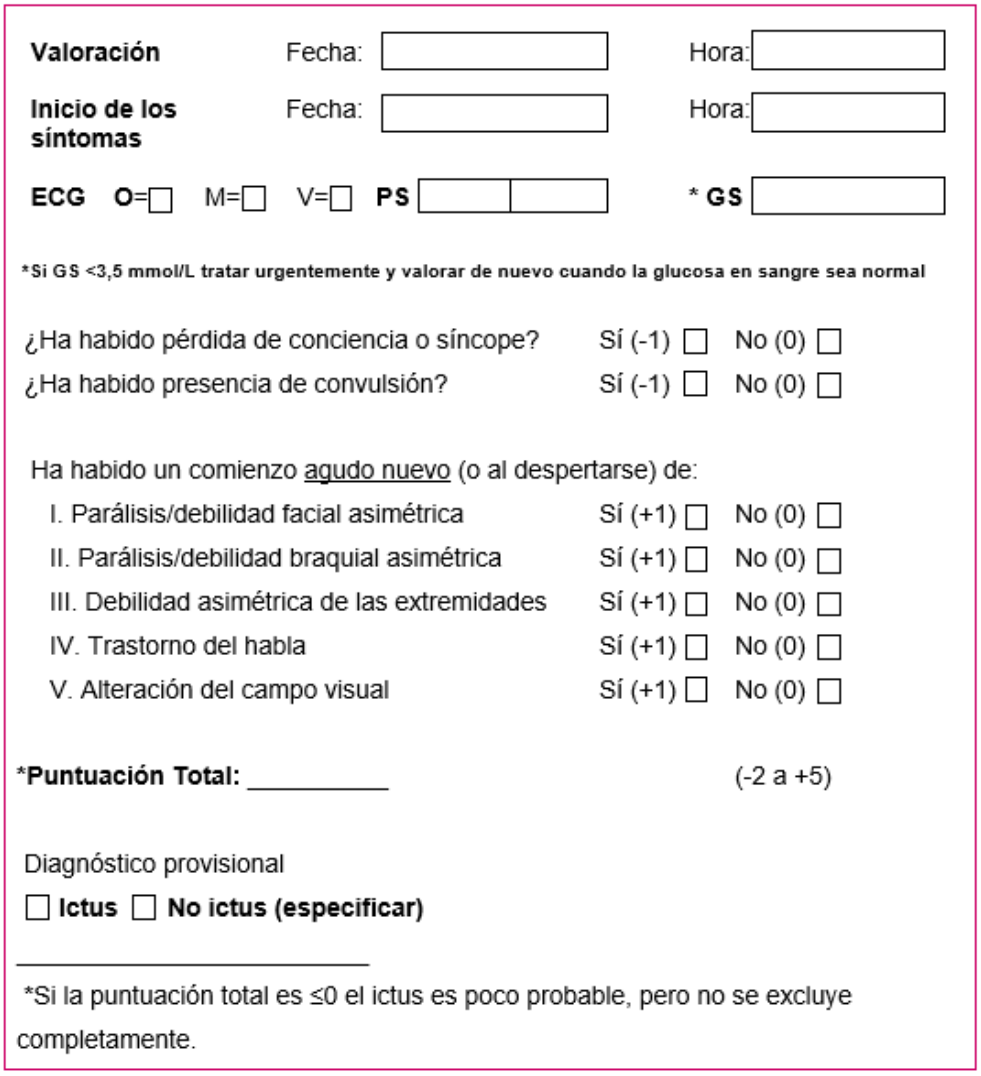
Presencia de cualquiera de los elementos anormales en la exploración clínica

# 2. Melbourne Ambulance Stroke Screen (MASS)

| **Elementos de la historia clínica** |
|---|
| Edad > 45 años<br>Ausencia de antecedentes de convulsiones o epilepsia<br>Paciente no encamado ni en silla de ruedas<br>Glucemia entre 50 y 400 mg/dL |
| **Elementos de la exploración clínica** |
| **Comisura facial**<br>Hacer que el paciente sonría o muestre los dientes<br>• *Normal: ambos lados se mueven igual*<br>• *Anormal: uno de los lados no se mueve* |
| **Fuerza en los brazos**<br>Pedir al paciente que con los ojos cerrados extienda ambos brazos durante 10 segundos:<br>• *Normal: ambos brazos se mueven / no se mueven por igual*<br>• *Anormal: uno de los brazos no se mueve o cae con respecto al otro* |
| **Apretón de manos**<br>Coger ambas manos del paciente y pedirle que apriete<br>• *Normal: apretón de manos igual en ambas manos / no apretón en ninguna de las manos*<br>• *Anormal: debilidad o no apretón en una de las manos* |
| **Lenguaje**<br>Hacer que el paciente repita una frase<br>• *Normal*<br>• *Anormal: farfulla, incapaz de hablar, palabras incorrectas* |
| **Criterios para identificar ictus** |
| Presencia de cualquiera de los elementos en la exploración clínica<br>y<br>Respuesta afirmativa en todos los elementos de la historia clínica |

Bray JE, Martin J, Cooper G, Barger B, Bernard S, Bladin C. Paramedic identification of stroke: community validation of the melbourne ambulance stroke screen. Cerebrovasc Dis. 2005;20:28-33. doi: 10.1159/000086201.

# 3. Recognition of Stroke in the Emergency Room (ROSIER) Scale



**Valoración** Fecha: ☐ Hora: ☐

**Inicio de los síntomas** Fecha: ☐ Hora: ☐

**ECG** **O**=☐ M=☐ V=☐ **PS** ☐☐ *** GS** ☐

***Si GS <3,5 mmol/L tratar urgentemente y valorar de nuevo cuando la glucosa en sangre sea normal**

¿Ha habido pérdida de conciencia o síncope? Sí (-1) ☐ No (0) ☐

¿Ha habido presencia de convulsión? Sí (-1) ☐ No (0) ☐

Ha habido un comienzo agudo nuevo (o al despertarse) de:

I. Parálisis/debilidad facial asimétrica Sí (+1) ☐ No (0) ☐

II. Parálisis/debilidad braquial asimétrica Sí (+1) ☐ No (0) ☐

III. Debilidad asimétrica de las extremidades Sí (+1) ☐ No (0) ☐

IV. Trastorno del habla Sí (+1) ☐ No (0) ☐

V. Alteración del campo visual Sí (+1) ☐ No (0) ☐

***Puntuación Total:** _____ (-2 a +5)

Diagnóstico provisional

☐ **Ictus** ☐ **No ictus (especificar)**

_____

*Si la puntuación total es ≤0 el ictus es poco probable, pero no se excluye completamente.

GS: Glucosa en sangre; PS: Presión sanguínea (mmHg); ECG: Escala de Coma de Glasgow; O: Ojo; M: Motor; V: Componente verbal

Nor AM, Davis J, Sen B, Shipsey D, Louw SJ, Dyker AG, Davis M, Ford GA. The Recognition of Stroke in the Emergency Room (ROSIER) scale: development and validation of a stroke recognition instrument. Lancet Neurol. 2005 Nov;4(11):727-34. doi: 10.1016/S1474-4422(05)70201-5.

# Anexo 2. Ejercicios para la disfagia

## Ejercicio de *Shaker*

Hay dos formas de hacer este ejercicio. Su médico/a o fonoaudiólogo/a pueden hacer que haga uno o ambos.

1. Acuéstese de espaldas sobre el piso o en un colchón firme.
2. Mantenga los hombros planos sobre el piso.

   No levante los hombros.
3. Flexione el cuello hacia adelante de modo que la barbilla se acerque al pecho.

   Trate de ver los dedos de los pies.
4. Mantenga la posición según se lo indique el médico o el fonoaudiólogo.

   Usted tiene la opción:

   - De mantener esta posición durante 1 minuto, y luego bajar la cabeza y descansar durante 1 minuto.
   - O de mantener esta posición durante 1 minuto, y luego bajar la cabeza y continuar con la siguiente repetición.
5. Repita estos pasos tantas veces como se le indique.

Obtenido de https://espanol.kaiserpermanente.org/es/health-wellness/health-encyclopedia/he.degluci%C3%B3n-ejercicios.acd5076

## Ejercicio *CTAR* (flexión del mentón contra resistencia)

Obtenido de: https://honeycombspeechtherapy.com/wp-content/uploads/2022/03/SPANISH-Chin-Tuck-Against-Resistance-CTAR-1.pdf

## *Expiratory Muscle Strenght Training* (EMST)

Este entrenamiento está dirigido a fortalecer la musculatura espiratoria implicada en la deglución y producción de la tos, incluyendo los músculos abdominales, intercostales, suprahioideos, constrictores, faríngeos y palatales.

El entrenamiento se realiza soplando en un dispositivo que puede calibrarse en función de la fuerza espiratoria máxima del paciente.

Para el EMST se utiliza un dispositivo manual sobre el que se sopla, contra una resistencia variable, ejerciéndose una presión espiratoria. Habitualmente se trabaja con un umbral de presión equivalente al 75 % de la presión espiratoria máxima.

Se ejecutan 5 series (con un descanso entre series de 1 minuto), de 5 repeticiones (con un descanso entre repeticiones de 30 segundos) cada día, 5 días a la semana durante 4-5 semanas.

Obtenido del documento: http://sociedadcentrorehabilitacion.com/wp-content/uploads/2020/05/190313_disfagia_interactivo.pdf.

# Anexo 3. Información para pacientes y cuidadores

# Consejos y cuidados tras un ictus para pacientes y personas cuidadoras

Información para pacientes y personas cuidadoras

Esta información para pacientes y cuidadores se ha elaborado partiendo de la información que ya se incluía en la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social de 2009. La información se ha actualizado, incluyendo los resultados de la actualización de las preguntas que se han abordado por el Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo del ictus en atención primaria.

Esta información está también disponible en formato electrónico en las páginas web de GuíaSalud y de Osteba-BIOEF. En estas páginas pueden consultarse, además, la versión completa y el material metodológico de la guía.

# Índice

1. ¿A quién se dirige esta información?

2. ¿Qué es un ictus? ¿Qué es un Ataque Isquémico Transitorio (AIT)?

3. ¿Cuáles son los síntomas de un ictus o AIT?

4. ¿Qué debo hacer si presento estos síntomas?

5. ¿Cuál es la evolución de las personas que sufren un ictus?

6. Si ya he padecido un ictus, ¿puedo prevenir un nuevoataque?

7. ¿Qué secuelas y complicaciones puedo padecer tras haber sufrido un ictus?

8. ¿Cuáles son los tratamientos disponibles en Atención Primaria (AP)?

9. ¿Qué consejos sobre cuidados en la vida diaria debo seguir?

10. Papel de la persona cuidadora: cuidarse para cuidar.

11. ¿Qué recursos y ayudas sanitarias y sociales puedo solicitar?

12. ¿Dónde puedo obtener más información?

# 1. ¿A quién se dirige esta información?

Esta información está destinada a aquellas personas adultas que han sufrido un ictus o un Ataque Isquémico Transitorio (AIT) y a sus familiares y/o personas cuidadoras.

La información que aquí se detalla tiene por objetivo ayudar acomprender la enfermedad, además de proporcionar consejo e información acerca de los cuidados y opciones de tratamiento disponibles que una persona que ha sufrido un ictus puede esperar recibir desde Atención Primaria (AP).

# 2. ¿Qué es un ictus? ¿Qué es un Ataque Isquémico Transitorio (AIT)?

Un **ictus** es una enfermedad neurológica que se produce cuando el flujo sanguíneo del cerebro se interrumpe.

Existen dos tipos de ictus:

- **Ictus isquémico:** cuando el flujo sanguíneo se interrumpe por una obstrucción (por ejemplo, por un trombo) en un vaso sanguíneo.
- **Ictus hemorrágico:** cuando un vaso sanguíneo se rompe, causando un sangrado dentro del cerebro.

Un **Ataque Isquémico Transitorio (AIT)** es un tipo de ictus isquémico que se produce igualmente por la interrupción del flujo sanguíneo, pero de manera temporal, siendo habitual que los síntomas duren unos pocos minutos y que la persona se recupere totalmente en menos de 24 horas. El AIT incrementa el riesgo de padecer un ictus y es, al igual que éste, una urgencia sanitaria.

## 3. ¿Cuáles son los síntomas de un ictus o AIT?

Algunos de los síntomas más comunes del ictus se describen acontinuación:

**SÍNTOMAS**

- **Pérdida brusca de movimiento** o debilidad del brazo, pierna, o cara, especialmente cuando se produce en un lado del cuerpo.
- **Problemas repentinos de visión,** en uno o ambos ojos.
- **Dolor de cabeza repentino,** sin causa conocida.
- **Dificultad en el habla:** balbuceo, incapacidad para encontrar las palabras adecuadas o no ser capaz de comprender lo que otras personas dicen.
- **Problemas repentinos al caminar** o pérdida de equilibrio o de la coordinación.
- **Sensación brusca de acorchamiento** u hormigueo en la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo.

## 4. ¿Qué debo hacer si presento estos síntomas?

Si cree que usted o alguien en su entorno está padeciendo un ictus debe llamar inmediatamente a los servicios de urgencias.

**Llame al 112**

Es probable que los o las profesionales le hagan preguntas que les permitan valorar si se trata de un ictus, como las que se describen a continuación:

- Hacer que la persona sonría mostrando los dientes, para comprobar que ambos lados de la cara se mueven igual.
- Hacer que la persona cierre los ojos y mantenga los brazos extendidos durante 10 segundos para comprobar si uno de los brazos no se mueve o cae con respecto al otro.
- Pedir a la persona que repita una frase para comprobar si puede hablar, si utiliza palabras incorrectas o arrastra las palabras.

En el caso de que los o las profesionales confirmen la sospecha de ictus será derivado a un hospital.

# 5. ¿Cuál es la evolución de las personas que sufren un ictus?

Recuperarse de un ictus dependerá de varios factores, como la extensión y la zona de la lesión que se ha dañado, la rapidez con la que se logra restablecer el riego sanguíneo y el estado de salud previo.

Tras haber sufrido un ictus pueden ocurrir tres cosas:

**EVOLUCIÓN**

- **Una recuperación casi inmediata** (minutos u horas). Este es el caso de los AIT, que generalmente no dejan secuelas.
- **Una recuperación en mayor o menor medida.** La recuperación en este caso se produce entre semanas y meses y habitualmente requiere de rehabilitación, pudiendo dejar algún tipo de secuela.
- **Un empeoramiento del paciente.** Puede deberse a causas neurológicas u otras complicaciones como fiebre, infecciones u otros.

# 6. Si ya he padecido un ictus, ¿puedo prevenir un nuevo ataque?

A los dos días de haber padecido el primer ictus, el 3,4 % de las personas sufren un nuevo episodio. A los siete días, este porcentaje aumenta hasta el 5,7 %, y a los 90 días hasta el 7,4 %, lo que significa que más del 75 % de las recurrencias se producen en la primera semana tras el primer ictus.

Para reducir ese riesgo, es muy importante que si usted ha sufrido un ictus leve o un AIT sea derivado e inicie tratamiento de forma urgente.

Una vez valorado e iniciado el tratamiento, para reducir al máximo el riesgo de recurrencia, es muy importante seguir los consejos que su médico o médica le proporcione sobre la dieta, la realización de ejercicio y el consumo de alcohol y tabaco, entre otros. Si usted padece hipertensión, es fundamental tener un buen control de esta. Además, se debe seguir el tratamiento farmacológico prescrito en cada caso.

Para prevenir otro ictus es muy importante continuar con todas estas medidas durante el resto de la vida.

# 7. ¿Qué secuelas y complicaciones puedo padecer tras haber sufrido un ictus? ¿Cuáles son los tratamientos disponibles en AP?

## PROBLEMAS FÍSICOS

**MOVIMIENTO**

Tras haber sufrido un ictus puede quedar una discapacidad secundaria que afecte al **movimiento** manifestándose como una pérdida de fuerza (se denomina *plejia o parálisis* si no se puede realizar ningún movimiento con la parte del cuerpo afectada; o *paresia* si es posible realizar movimientos, pero con menos fuerza que la parte no afectada), falta de coordinación o pérdida de control de movimiento.

Estas alteraciones tienden a mejorar, aunque es posible que, a pesar de la rehabilitación, la recuperación no sea completa.

**CAÍDAS**

Las personas que han sufrido un ictus son más propensas a tener **caídas**, por lo que es importante que hagan los ejercicios que le recomienden para fortalecer la musculatura y entrenar el equilibrio en casa. También es importante que identifiquen y modifiquen en la medida de lo posible aquellos aspectos del hogar que puedan suponer un mayor riesgo de caídas, como retirar alfombras, poner sillas de plástico en bañera o ducha, además de asideros, y utilizar zapatos con suela antideslizante.

**VISIÓN**

Los **trastornos visuales** también son frecuentes. A veces se produce una pérdida de visión de la mitad del campo visual, lo que se denomina *hemianopsia*. Otras veces puede ocurrir que la persona no sea consciente de esta pérdida de visión de la mitad del campo visual. En estos casos, la familia debe recordar a la persona que mire hacia el lado afectado, ya que con un poco de entrenamiento la hemianopsia se compensa girando la cabeza para mirar hacia el lado dañado.

| | |
|---|---|
| **LENGUAJE** | Puede que también se produzca un **trastorno en el lenguaje**. Se denomina *afasia* cuando la persona que ha sufrido un ictus es incapaz de comprender y/o de emitir ningún tipo de lenguaje adecuado. La *disartria* es una alteración del habla, que se manifiesta por dificultades a la hora de articular las palabras. Algunas personas son incapaces de emitir ninguna palabra, lo que se denomina *mutismo*. El o la logopeda es el o la profesional que se encargará de valorar y rehabilitar en los casos en que sea posible las alteraciones del lenguaje que se producen tras un ictus. |
| **SENSIBILIDAD** | En otros casos puede originarse un **trastorno de la sensibilidad,** que se manifiesta como hormigueo, sensaciones desagradables o falta de sensibilidad al tacto. Estas alteraciones generalmente se producen en un único lado del cuerpo y suelen acompañarse de problemas del movimiento en ese mismo lado. Se debe ser especialmente cuidadoso cuando se ha perdido la sensibilidad de una parte del cuerpo, ya que pueden producirse heridas o quemaduras sin que la persona se dé cuenta. |
| **ESPASTICIDAD** | La **espasticidad** es otro problema que suele aparecer como consecuencia de una lesión del sistema nervioso central. Consiste en el incremento permanente del tono muscular de ciertos músculos, lo que puede ocasionar rigidez, dolor, contracturas y dificultad con algunos movimientos. Cuando es leve no requiere tratamiento, pero debe ser tratada siempre que produzca dolor, contractura y dificultad en la función o el autocuidado. |
| **INCONTINENCIA URINARIA** | En ocasiones la persona que ha sufrido un ictus puede sufrir **incontinencia urinaria,** que suele ser una afectación transitoria, aunque puede perdurar en aquellas personas que presenten secuelas importantes. Si en el momento del alta aún persisten los problemas, debe consultar con personal médico o de enfermería de AP acerca del tratamiento y manejo de la incontinencia. En el caso de que lleve sonda, comente la posibilidad de retirada de esta con su profesional. |

| | | |
|---|---|---|
| **DOLOR** | **CENTRAL** | El **dolor central** es un tipo de dolor superficial como quemante o punzante que empeora al tacto, con el agua o con los movimientos y que se ha asociado en un pequeño porcentaje de personas que han sufrido un ictus. Algunos antidepresivos y anticonvulsivantes han mostrado ser eficaces a la hora de controlar este tipo de dolor, aunque la confianza en los estudios es baja y pueden presentarse efectos adversos que habría que valorar en cada caso. |
| | **HOMBRO** | El dolor que con más frecuencia aparece tras un ictus es el dolor de hombro del brazo paralizado. Es un dolor que reduce la función, afecta a la calidad de vida e interfiere con la rehabilitación. Durante los episodios de dolor puede que se utilice algún analgésico simple, pero si el dolor persiste deberá consultar con su médico. |

| | | |
|---|---|---|
| **DISFAGIA** | | Otra posible secuela es la dificultad para tragar, lo que se denomina ***disfagia***. Para ayudar a la persona con problemas de disfagia se pueden tomar medidas como modificación de la dieta y técnicas de alimentación seguras para prevenir la desnutrición y la deshidratación, y así evitar que se puedan producir aspiraciones, es decir, el paso de comida o líquido al pulmón. Si estos cambios alteran su calidad de vida, debe comunicárselo a su profesional médico o de enfermería para que puedan valorar cómo adaptar estas medidas a su situación actual.<br>Existen también ejercicios de deglución o maniobras posturales que pueden ayudarle a recuperar la función deglutoria, como los denominados *Shaker* o *Chin tuck*, o el entrenamiento de la fuerza muscular espiratoria (este último en el caso en que no tenga una traqueostomía).<br>Estas recomendaciones deberían ser revisadas en cada visita médica, puesto que puede que llegue un momento en el que ya no las necesite. |
| | **SONDAS** | A veces, en los casos más graves de ***disfagia*** o al comienzo de la enfermedad, es necesario recurrir a una sonda para asegurar la correcta nutrición de la persona que ha sufrido un ictus. Cuando la sonda se necesita durante un periodo corto, ésta puede irse de alta con una *sonda nasal*. Sin embargo, si se va a requerir durante un periodo prolongado, puede ser necesario introducir la sonda directamente en el estómago, lo que se denomina *gastrostomía*. Los consejos sobre cómo alimentarse y cuidados necesarios en pacientes con disfagia se describen más adelante, en otro apartado de esta guía que se llama ***¿Qué consejos sobre cuidados en la vida diaria debo seguir?*** |

## PROBLEMAS PSICOLÓGICOS

Es frecuente que, durante la convalecencia, durante el proceso rehabilitador y también al finalizar éste se produzcan alteraciones del estado de ánimo.

**ALTERACIONES DEL HUMOR**

La *depresión* es particularmente común, pudiendo interferir y enlentecer el proceso de rehabilitación. También es frecuente la ansiedad (con o sin ataques de pánico), la labilidad emocional (pasar del llanto a la risa sin motivo, llorar o reírse sin causa aparente), la apatía, la irritabilidad y la falta de consciencia de las secuelas del ictus.

Debido a su elevada frecuencia, es probable que el personal de medicina que le atienda le haga preguntas o test que le permitan valorar si presenta depresión o alguna de las otras alteraciones citadas. La persona queha sufrido un ictus no necesita recibir antidepresivos con el fin de prevenir un posible episodio depresivo, aunque quizás sí necesiterecibir tratamiento farmacológico si finalmente se le diagnostica una depresión y/o ansiedad. También sería útil que recibiera psicoterapia, puesto que, junto con el tratamiento farmacológico, puede ayudar a mejorar su estado anímico.

La labilidad emocional tiende a desaparecer con el tiempo, pero si es grave y persistente quizás pueda beneficiarse de tratamiento con antidepresivos.

En cualquier caso, si usted cree que presenta alguna alteración del estado de ánimo debe consultarlo con su profesional médico o de enfermería.

## AFECTACIÓN COGNITIVA

A veces, tras un ictus, se presenta un deterioro cognitivo (disminución de la memoria, de la atención, orientación, dificultad en la planificación y organización en las tareas). Es probable que su médico o médica le haga alguna pregunta o test para valorar si se ha producido algún tipo de afectación cognitiva tras el ictus. Aunque este deterioro puede mejorar con el tiempo, en los casos en los que afecte a su recuperación, es probable que se necesite consultar con un especialista.

## DURACIÓN DE LA REHABILITACIÓN

En las lesiones moderadas o graves, la mayor parte de la recuperación se experimenta en los tres primeros meses tras el ictus. La recuperación prosigue, de manera más lenta hasta al menos los seis meses, y algunas personas continúan recuperándose levemente hasta el año, si bien no todas se recuperan totalmente.

El tiempo de rehabilitación que precisará la persona que ha sufrido un ictus (fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia u otros) va a variar en función de los objetivos de cada caso.

Así, en una persona de edad avanzada con afectación grave, la rehabilitación se puede centrar en conseguir un traslado de la cama a la silla de ruedas con facilidad y sin lesionar a la persona. Esto puede realizarse en unos pocos días o semanas; sin embargo, en una persona joven, laboralmente activa, con afectación leve o moderada del habla o de la movilidad, la rehabilitación puede durar hasta seis meses o hasta que alcance su mayor capacidad funcional y la reincorporación laboral.

### ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR

Su médico o médica de AP debería valorar si usted está recibiendo la rehabilitación que necesita en función de sus necesidades, pero sería útil que usted fuera atendido por un equipo multidisciplinar con el que pudiera fijar unos objetivos específicos de cara a alcanzar la máxima recuperación posible.

## 8. ¿Qué consejos sobre cuidados en la vida diaria debo seguir?

### ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Las actividades de la vida diaria incluyen tanto las tareas para un autocuidado básico (asearse, vestirse, comer) como las habilidades necesarias para ser independientes en casa y en la comunidad (conducir, cocinar, comprar).

En el caso de que se presenten dificultades para la realización de este tipo de actividades, puede beneficiarse de la **terapia ocupacional**, que consiste en capacitar a personas que sufren estados discapacitantes para desarrollar las tareas cotidianas requeridas y conseguir el máximo de autonomía e integración para mejorar su independencia.

### ASEO E HIGIENE PERSONAL

Es importante cuidar la higiene de la persona que ha sufrido un ictus para evitar infecciones, con especial atención si existiese incontinencia urinaria o fecal, y para que la persona se vea mejor a sí misma. Si es posible, la persona deberá responsabilizarse de su propia higiene.

Puede facilitarse el aseo colocando una silla para que pueda lavarse la cara,

peinarse o afeitarse. Es preferible la ducha a la bañera. Puede colocarse una silla o taburete en el plato de la ducha y es conveniente colocar un asidero en la pared de la ducha o bañera que le permita agarrarse y evitar caídas.

Si la persona no puede levantarse de la cama, se lavará con una esponja y jabón neutro, prestando especial atención en el secado de los pliegues de la piel, ya que la humedad favorece el crecimiento de bacterias y hongos.

## VESTIRSE

Uno de los objetivos para aumentar la independencia de la persona que ha sufrido un ictus es que deberá ponerse por sí misma todas las prendas que le sea posible, reservando la ayuda de la persona cuidadora para todo aquello que no pueda realizar. Es conveniente facilitar la operación sustituyendo los botones por tiras de velcro. Al principio, es mejor utilizar prendas de vestir holgadas y prácticas, tipo prendas deportivas.

Para vestirse se empezará siempre por la extremidad afectada y al desvestirse, hacerlo al revés.

Si la persona está encamada y no puede ponerse los pantalones, se meterán las piernas con el pantalón recogido y después la persona o el/la cuidador/a completarán la operación estirando hacia arriba mientras que el/la paciente (si puede) ayuda levantando las nalgas mientras se apoya con la espalda y los talones en la cama.

Se pueden utilizar calzadores de mangos largos para ponerse los zapatos, que deben ser cómodos y cerrados para que el pie esté sujeto.

## ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN

Una dieta equilibrada, con aporte calórico y proteico suficiente, y una buena hidratación son fundamentales para un buen estado general de la persona. La mala nutrición es un problema frecuente y predispone a la aparición de úlceras cutáneas, edemas, así como a la disminución de las defensas y a la facilidad para contraer infecciones. Asimismo, la mala nutrición empeora la recuperación funcional.

Si la persona que ha sufrido un ictus traga correctamente se le debe administrar una dieta parecida a la habitual. Los alimentos ricos en fibras deben tenerse en cuenta para evitar el estreñimiento.

Si la persona que ha sufrido un ictus se puede alimentar por vía oral (boca), pero no traga correctamente, es conveniente seguir los consejos que se detallan a continuación:

**ALIMENTACIÓN POR VÍA ORAL**

- Modificar la consistencia de la comida, es decir, triturar toda la comida, y poco a poco ir cambiando la textura conforme la persona vaya mejorando.
- Si la disfagia es a líquidos, espesar los líquidos con espesantes comerciales. Primero, se recupera la deglución de alimentos sólidos, y, al final, la de los líquidos.
- Mantener una posición correcta. La persona debe estar sentada, la comida se debe dar por la parte de la boca no afectada y a veces es conveniente bajar la barbilla para deglutir.
- Dar pequeñas raciones lentamente y con frecuencia. Esto evitará que la persona se canse.
- Estimular el reflejo de la deglución. Puede hacerse administrando comidas frías, salvo si a la persona los alimentos fríos le desencadenasen espasmos musculares.
- Si se atraganta, consultar siempre, no forzarlo.

*Ejemplos de alimentos aconsejables:*

Crema de verduras espesas, puré de frutas, yogur, natillas, flan, huevos revueltos, sopas espesas de sémola, carne molida, pescados suaves.

*Ejemplos de alimentos que deben evitarse:*

Líquidos (agua, leche, zumos) y alimentos mixtos, como frutas crudas, pan, carnes no trituradas, sopas, pasteles, etc.

De todos modos, como se ha señalado antes, en cada visita se debería valorar el estado de la persona que ha sufrido un ictus y si sigue habiendo necesidad de adaptar la dieta por problemas al tragar, puesto que puede que en algún momento ya no sea necesario seguir estos consejos.

Si la persona que ha sufrido un ictus no puede alimentarse por vía oral (boca), ya que no es capaz de tragar o se atraganta fácilmente con los líquidos, se debe buscar una vía alternativa para la alimentación. En dicho supuesto su médico o médica le indicará la alternativa a seguir, que puede incluir la alimentación a través de una sonda (tubo), lo que se denomina alimentación *enteral*.

**ALIMENTACIÓN POR SONDA**

- Mantener una posición correcta. La persona debe estar lo mejor sentada posible y con la espalda erguida.
- La higiene bucal también es importante en aquellas personas alimentadas por sonda, y debe realizarse con cepillo al menos mañana y noche para evitar las infecciones respiratorias.
- Se debe pasar un poco de agua por la sonda cuando se interrumpa la alimentación para evitar que se obstruya.
- Cuando se administren alimentos, estos deben estar triturados y mezclados con agua.
- Tras la alimentación, la persona que ha sufrido un ictus permanecerá sentada durante media hora antes de tumbarse, para minimizar el paso accidental de alimentos sólidos o líquidos a las vías respiratorias.
- Si la sonda se obstruye intentar desobstruirla con aceite o refresco de cola. Si no se consigue, acudir al centro de salud.
- Mantener los tapones de la sonda cerrados cuando no se use.
- En las personas con sonda nasogástrica se deben limpiar los orificios nasales a diario y apoyar la sonda cada día en un lugar distinto de la nariz para evitar llagas.
- En las personas con gastrostomía se debe limpiar a diario la piel alrededor de la sonda, la sonda y las conexiones con agua y jabón. Es conveniente poner unas gasas y tapar con un esparadrapo suave, y cambiar diariamente el esparadrapo y el lugar de sujeción de la sonda.

## MOVILIZACIÓN POSTURAL DE LAS PERSONAS QUE HAN SUFRIDO UN ICTUS

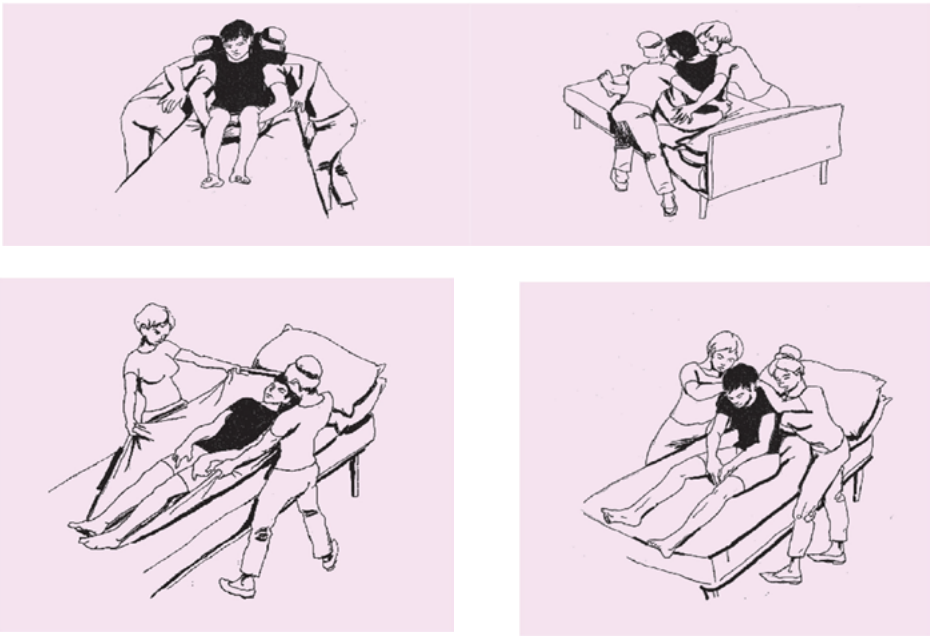
La mejor manera de evitar las malas posturas de pies y tobillos es ayudarse de cojines para mantenerlos en un ángulo correcto. Con los cojines también aligeraremos el contacto del cuerpo sobre la cama y evitaremos la aparición de úlceras por presión.

Haremos cambios posturales cada tres o cuatro horas en una cama bien acondicionada con cojines, preferentemente en la posición de decúbito lateral.

En general, siempre que tengamos que hacer algún tipo de movilización, o sencillamente nos tengamos que dirigir a una personaque ha sufrido un ictus, conviene hacerlo por el lado pléjico, con la finalidad de estimular al máximo las aferencias. Si le hemos de ayudar a levantarse, hacer una transferencia, caminar, etc., conviene hacerlo por el lado afectado, evitando siempre cogerlo yestirarle del brazo ya que la posible flaccidez de la musculatura del hombro podría comportar una subluxación articular. Ésta es la forma correcta de levantar a la persona enferma de la cama:

Para pasarla de la cama a la silla o viceversa, se ha de mantener la espalda derecha y las piernas flexionadas.

La coordinación de dos personas es también una manera de hacer una movilización, sobre todo si la persona no colabora:



## PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LA INMOVILIDAD: ESCARAS Y ÚLCERAS

La piel de la persona que presenta secuelas tras un ictus es muy sensible. Las parálisis hacen que ciertas zonas estén expuestas a apoyos prolongados y sufran alteraciones que conducen a la formación de escaras y úlceras. Los lugares más predispuestos a que se formen éstas son: zona sacra y espalda, tobillos, caderas y rodillas.

Los cambios posturales frecuentes, el masaje de estas zonas con crema hidratante, intentar corregir las posturas viciosas y una buena alimentación son las medidas preventivas más eficaces.

Si es posible, colocar un colchón antiescaras (de venta en ortopedias) para evitar la aparición de llagas. En el caso de que aparezcan úlceras, se debe recurrir a las curas de enfermería para su correcto tratamiento.

**Los cambios posturales deben efectuarse cada 3 o 4 horas.**

## COMUNICACIÓN CON LA PERSONA QUE PRESENTA DIFICULTADES EN EL LENGUAJE: CONSEJOS PARA CUIDADORES Y FAMILIARES

Nuestro familiar se puede comunicar, aunque tenga muchas dificultades en el área de lenguaje y del habla:

- Llamaremos su atención cuando queramos comunicarle alguna cosa.
- Utilizaremos frases sencillas, simples y cortas, le hablaremos en un tono de voz normal, sin chillar, facilitándole la respuesta, dándole varias opciones.
- Procurando que tome decisiones: "qué te gusta", "qué prefieres", e intentando siempre no responder por él/ella.
- Haremos preguntas en las que nos pueda contestar "sí" o "no".
- Seremos directos, con mensajes concretos.
- En el campo de la comunicación, podemos encontrar ayudas técnicas y adaptaciones sobre ordenadores o para el teléfono. También se pueden utilizar materiales más simples como un comunicador con pictogramas básicos, con un alfabeto o con palabras-frase en una cartulina plastificada.

## OCIO Y TIEMPO LIBRE

**Las actividades lúdicas de tiempo libre pueden ser adaptadas.** Por ejemplo:

- Tableros de ajedrez grandes con fichas adaptadas.
- Barajador de cartas.
- Ayudas para enhebrar agujas.
- Adaptaciones para la pintura al óleo.
- Instrumentos musicales.

## DESCANSO Y SUEÑO

**Mantener el estímulo de la persona durante el día,** puesto que la inactividad propia de esta enfermedad conduce al aburrimiento y a que la persona dormite durante gran parte del tiempo, con lo que se dificulta posteriormente el sueño nocturno.

## SEXUALIDAD

**En las primeras semanas tras el ictus es normal que no exista apetencia sexual; una vez transcurridos los primeros meses irá recuperándose paulatinamente.** Salvo excepciones, la actividad sexual es recomendable una vez estabilizada la persona que ha sufrido un ictus e iniciada la fase de recuperación. Con frecuencia la falta de libido es debida a problemas psicológicos, a algunos fármacos (pastillas para dormir o para bajar la presión

arterial, antidepresivos y otros) y/o a creencias equivocadas que pueden interferir con la función sexual o causar impotencia. En tal caso no dude en consultar a su profesional médico o de enfermería.

## CONDUCCIÓN

Usted podrá volver a conducir o no en función de las secuelas que le haya dejado el ictus. En cualquier caso, aunque se encuentre bien, **consulte con su profesional médico o de enfermería antes de volver a conducir.** No sólo porque quizás le hayan pasado inadvertidos ciertos defectos y destrezas necesarias, sino también por la posibilidad de que los fármacos que tome interfieran con la conducción.

## VUELTA AL TRABAJO

La incorporación laboral será más o menos rápida, dependiendo de las secuelas y del tipo de trabajo desempeñado. En algunas empresas se pueden hacer de manera temporal trabajos menos pesados que se adecúen mejor a su situación.

# 9. Papel de la persona cuidadora: cuidarse para cuidar.

## PROBLEMAS FÍSICOS DE LA PERSONA CUIDADORA

Cuando la persona que ha sufrido un ictus conserva muy poca o ninguna capacidad de movimiento, es recomendable que se le cambie de postura de manera frecuente para evitar ulceraciones de la piel. **No es conveniente que una única persona realice la movilización sin ayuda de otra persona o de algún dispositivo como una grúa,** ya que cargar con una persona que no colabora es un sobreesfuerzo excesivo.

En los casos en los que la persona que ha sufrido el ictus sí colabore en mayor o menor medida, se debe consultar con personal de fisioterapia la forma más adecuada de movilizarla para optimizar su rehabilitación, y protegiéndonos siempre de no lesionar nuestra espalda.

La cama debe ser alta (unos 70 cm) para facilitar que la persona atendida pueda subir y bajar cómodamente, así como para evitar los esfuerzos innecesarios de las personas cuidadoras.

## ESTRÉS DEL CUIDADOR

El estrés que sufren las familias y especialmente la persona cuidadora principal se debe a varios factores.

Por un lado, se debe a la dependencia de la persona que ha sufrido un ictus y a los cuidados que se deben proporcionar a consecuencia de dicha dependencia.

Por otro, factores relacionados con el cambio en el estado de ánimo, conducta o alteraciones cognitivas de la persona atendida y por factores en relación con los cambios que se producen a nivel sociofamiliar (cambios en relaciones familiares, situación económica, actividades de ocio).

**Si la persona cuidadora padece estrés o ansiedad debe consultar a su profesional médico o de enfermería ante los primeros síntomas.**

## DECÁLOGO PARA LA PERSONA CUIDADORA

1. Pida ayuda sin esperar a que la gente se la ofrezca. Quizá los demás no saben cuándo la necesita.
2. Infórmese y utilice los recursos socio sanitarios y de la comunidad.
3. Planifique las actividades y el futuro y organice su tiempo con el fin de buscar un momento del día para su propia persona. Un baño relajante, leer un libro o simplemente descansar es básico para poder seguir cuidando.
4. No se automedique.
5. No abandone la relación con sus amistades.
6. No juzgue sus propios sentimientos; no son buenos ni malos.
7. Exprese sus pensamientos y emociones.
8. Ponga límites.
9. Acuda a las asociaciones de familiares y/o los grupos de ayuda mutua, ya que desempeñan un papel indispensable en la provisión de soporte, información y consejo a las personas que han sufrido un ictus y sus cuidadores
10. Intervenga en los programas de respiro familiar(programas para facilitar el descanso de aquellas familias que tienen a su cargo personas dependientes) promovidos desde las Diputaciones provinciales y en los Talleres multimodales, (nutrición, movilización de la persona atendidaetc.) que se hacen desde AP.

# 10. ¿Qué recursos y ayudas sanitarias y sociales puedo solicitar?

Es importante que conozca los recursos con los que se cuenta tanto desde el punto de vista de la atención sanitaria como social. En AP contará con personal sociosanitario que puede informarle de los recursos disponibles y de cómo solicitarlos.

### CENTROS DE SALUD

Los equipos de AP son el punto de unión entre los distintos niveles asistenciales, ejerciendo la función de coordinación en la asistencia.

La AP del Sistema Nacional de Salud tiene establecido, además, sistemas de atención médica y de enfermería a domicilio para manejo de problemas frecuentes en el ictus, como manejo de sondas, alimentación enteral, administración de inyectables, curas y otros.

### TELEASISTENCIA (ÁMBITO LOCAL/ESTATAL)

Atención telefónica ininterrumpida, con control permanente para facilitar la permanencia de la persona usuaria en su domicilio.

Debe solicitarse en los servicios sociales.

### CENTROS DE DÍA

Los centros de día son equipamientos cuyo objetivo es proporcionar atención sociosanitaria que prevenga y compense la pérdida de autonomía de la persona enferma de ictus, que facilite apoyo a sus familiares o cuidadores para posibilitar la permanencia en su medio habitual.

### RESIDENCIAS TEMPORALES

Se puede hacer uso de estas residencias en determinadas circunstancias de carácter transitorio (ingreso hospitalario, maternidad) que hacen que familiares/cuidadores no puedan dedicar a la persona que ha sufrido un ictus toda la atención que necesita.

### RESIDENCIAS DEFINITIVAS

Los requisitos para solicitar el ingreso en una residencia pueden variar de una Comunidad Autónoma (CC. AA.) a otra, pero suelen ser:

- haber cumplido 65 años (en ocasiones se permite el ingreso depersonas con edades comprendidas entre los 60-65 años),
- demostrar que se ha residido en la CC. AA. durante los dos años previos, y
- no presentar ninguna enfermedad infecciosa.

Los servicios sociales son los que se suelen encargar de la tramitación.

## HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

Se trata de centros que basan su actividad asistencial en el tratamiento de las personas que pueden necesitar cuidados paliativos, rehabilitación funcional en régimen de internamiento y cuidados por convalecencia u otros trastornos.

## VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA

### ¿Qué es la Ley de la Dependencia?

*La Ley 39/2006 de 14 de diciembre de 2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia entró en vigor el 1 de enero del 2007.*

Esta ley regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación del Sistema para la Autonomía en el cual colaboran y participan la Administración General del Estado, las CC. AA. y las administraciones locales.

El procedimiento para la valoración de la situación de dependencia se iniciará, a instancia del ciudadano, a través de los servicios municipales de la localidad donde esté empadronada la persona solicitante.

Bajo el concepto de atención a la dependencia se contemplan tanto prestaciones económicas como servicios, si bien estos últimos tendrán carácter prioritario y se prestarán, a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales, por las respectivas CC. AA., mediante centros y servicios públicos o privados concertados, debidamente acreditados.

### Ortesis, sillas de ruedas, caminadores y otros productos de soporte

En los casos en que la persona que ha sufrido un ictus necesite de aparatos ortoprotésicos (sillas de ruedas, cojines, caminador, férulas en pies o manos u otros), éstos son financiados siempre que esté justificado por un informe del equipo médico especialista y presentando la factura de compra. En las ortopedias se puede consultar la referencia de los artículos que son financiados por la Seguridad Social.

## Adaptaciones del hogar y ayudas domiciliarias

Quizás sea conveniente realizar ciertas adaptaciones en el hogar, sobre todo cuando se utiliza silla de ruedas.

Cuando se valora el domicilio, además de la vivienda, debe considerarse el portal, ascensor y accesos.

El o la terapeuta ocupacional es el o la profesional que más adecuadamente nos puede ayudar a valorar qué adaptaciones son apropiadas en cada caso particular.

En algunas circunstancias puede que se dispongan de ayudas para financiar las reformas necesarias. Le recomendamos que consulte con los servicios sociales de su ayuntamiento o con la Gerencia de Servicios Sociales de la Consejería de Sanidad de su CC. AA.

También puede consultar en los servicios sociales de su ayuntamiento acerca de programas de ayuda a domicilio, que proporcionen ayuda durante unas horas al día en tareas de limpieza, aseo, cocina o compra diaria y que así puedan permitir que aquellas personas que viven solas puedan conservar su independencia gracias a una mínima supervisión, y en otros casos, facilitar la tarea de la persona cuidadora en aquellos casos de discapacidades más graves.

## Plaza de aparcamiento para minusválidos

Consultar en su ayuntamiento la posibilidad de solicitar plaza de aparcamiento para minusválidos.

## Incapacidad laboral

En el caso de aquellas personas que se encontraban en activo cuando sufrieron un ictus, el médico o la médica de familia elevará los pertinentes informes que permitirán al tribunal médico del Instituto Nacional de la Seguridad Social otorgar el grado de incapacidad. Es posible que le soliciten varios informes o la actualización de los informes ya emitidos por el hospital.

La incapacidad laboral tiene una serie de grados que van a condicionar la cuantía de la pensión a la que tiene derecho.

- Incapacidad laboral temporal.
- Incapacidad laboral permanente.
- Incapacidad permanente parcial.
- Incapacidad permanente total
- Incapacidad permanente absoluta.

❖ Gran invalidez.

Y en cada una de ellas se necesita reunir unos requisitos determinados como son el tiempo cotizado, la profesión habitual, la edad u otros. Los requisitos son diferentes según el grado de invalidez y según la causa de la incapacidad (enfermedad).

# 11. ¿Dónde puedo obtener más información?

## ASOCIACIONES DE PACIENTES Y FAMILIARES

**Federación Española de Ictus (FEI)**
C/ Riereta,nº 4
08830-Sant Boi de Llobregat (Barcelona)
Tlf.: 93 661 25 25
www.ictusfederacion.es
E-mail: fei.ictus.secretaria@hotmail.es

***Asociaciones miembros de la Federación Española de Ictus***

**Asociación de Ictus del Principado de Asturias (ADIPA)**
C/ Calvo Sotelo, nº 15, 1º derecha
33007- Oviedo (Asturias)
Tlf.: 616012442
E-mail: katia@estors.es; ictusasturias@ictusasturias.com

**Asociación Ictus de Aragón (AIDA)**
C/ Ventura Rodríguez, nº 12-16 (local)
50007-Zaragoza
Tlf.: 976 282 242
E-mail: asociacion@aidaictus.com

**Associació Catalana de persones amb Accident Vascular Cerebral (AVECE)**
C/ Riereta, nº 4
08830-Sant Boi de Llobregat (Barcelona)
Tlf.: 936 402 482
E-mail: avececat@hotmail.com

**Asociación de Familiares y Enfermos de Ictus (NEURO-AFEIC)**
Avda. de Cádiz, nº 46, Complejo Galicia, Edif. Orense B
18006- Granada
Tlf.: 958 089 449
E-mail: neuroafeic@hotmail.es

**Associació Balear de Familiars i Malalts d'Ictus (AIBAL)**
C/ de Sor Clara Andreu, nº 15-Baixos
07010-Palma (Mallorca)
Tlf.: 971 498 777
E-mail: ictusbalears@gmail.com

**Asociación de Familias con Ictus en Extremadura (AFIEX)**
C/ Carreras, nº 8 Bajo
10002-Cáceres
Tlf.: 927 238 856
E-mail: afiex@hotmail.es

**Ictus Asociación Madrileña (ICAM)**
C/ Encarnación Andrés, nº 10 bis
28035- Madrid
Tlf.: 660 600 369
E-mail: icam.madrid@gmail.com

**Asociación de Afectados de Ictus de la Comunidad Valenciana (ADAI-CV)**
Dirección Carrer de Torres, 12
46018 Valencia
Tlf.: 722186786
E-mail: adaictus.cv@gmail.com; info@adaicv.org

**Federación Española de Daño Cerebral (FEDACE)**
Paseo de la Castellana, nº 177, 4ª C2
28046 Madrid
Tlf.: 914 178 905
https://fedace.org/index.php
***48 entidades socias** (4 Federaciones Autonómicas y 44 Asociaciones o Fundaciones) (ver socios en la página web).

**Federación de Castilla y León de Daño Cerebral Adquirido (FECYLDACE)**
Plaza Mayor, nº 22, 2ºB
47001 Valladolid
Tlf.: 722 160 147
E-mail: info@fecyldace.org

***Asociaciones miembos de FECYLDACE***

**Asociación Salmantina de Daño Cerebral Adquirido (ASDACE)**
Plaza de San Vicente, locales 6 y 7
37007- Salamanca
Tlf.: 923 224 285
http://www.asdace.org

**Asociación de Daño Cerebral Burgos (ADACEBUR)**
P.º de los Comendadores, S/N
09001- Burgos
E-mail: info@adacebur.org

**Asociación de Daño Cerebral Adquirido de Valladolid (CAMINO)**
Paseo Juan Carlos I,10. Hospital Hermanas Hospitalarias Benito Menni.
47008- Valladolid
Tlf.: 983 15 70 12 / 654 81 95 09
E-mail: info@caminodca.org

## CONSEJERÍAS DE SERVICIOS SOCIALES DE LAS CC AA.

## DELEGACIONES PROVINCIALES DE SERVICIOS SOCIALES

## RECURSOS EN INTERNET

**Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)**
Avda de la Ilustración, s/n.
28029-Madrid
Tlf.: 913 638 935
www.seg-social.es/imserso/

**Sociedad Española de Neurología**
www.sen.es/publico

**Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología**
www.ictussen.org/pacientes

**Fundación Española de Enfermedades Neurológicas**
www.feeneurologia.com/pacientes.php

**Fundación ONCE**
www.fundacionONCE.es

# Anexo 4. Abreviaturas

| | |
|---|---|
| AAA | Ácido acetilsalicílico |
| ACEi | *Angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitors* |
| ACV | Accidente Cerebrovascular |
| AIT | Accidente Isquémico Transitorio |
| AP | Atención Primaria |
| ARA-2 | Antagonistas de los receptores de la angiotensina II |
| ARB | *Angiotensin receptor blockers* |
| AVAC | Año de vida ajustado por calidad |
| AVADs | Años de vida ajustados por discapacidad. |
| AVD | Actividades de la vida diaria |
| BPC | Buena Práctica Clínica |
| *CAST* | *Chinese Acute Stroke Trial* |
| CCBS | *Calcium channel blockers* |
| *CIBIC* | *Clinician Interview Based Impression of Change* |
| CNS-LS | Escala de labilidad del centro de estudios neurológicos (*Center for Neurologic Study-Lability Scale*) |
| CPSS | *Cincinnati Prehospital Stroke Scale* |
| *CTAR* | *Chin Tuck Against Resistance Exercise* |
| DDD | Dosis Diaria Definida |
| DE | Desviación Estándar |
| DEM | Diferencia Estandarizada de Medias |
| DM | Diferencia de Medias |
| E | Especificidad |
| EAN | *European Academy of Neurology* |
| *EAT-10* | *Eating Assessment Tool-10* |
| *ECA* | Ensayo Clínico Aleatorizado |
| ECV | Enfermedad cardiovascular |
| EE | Error Estándar |
| ESO | *European Stroke Organization* |
| EMST | Entrenamiento de la fuerza muscular respiratoria (*Expiratory Muscle Strength Training*) |
| *EQ* | *EuroQol* |
| ERm | Estado Funcional |
| *ESSD* | *European Society for Swallowing Disorders*. |
| EtD | *Evidence to Decision* |
| EXPRESS | *Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke.* |

| | |
|---|---|
| *FAI* | *Frenchay Activity Index* |
| FAST | *Face, arms, speech, time test* |
| GLIAS | *GLycemia in Acute Stroke study* |
| GPC | Guía de Práctica Clínica |
| GRADE | *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* |
| *GSES* | *General Self Efficacy Scale* |
| *HAMA* | *Hamilton Anxiety Rating Scale* |
| *HCISM* | *Hospital Community-integrated Service Model* |
| *HR* | *Hazard Ratio* |
| IC | Intervalo de Confianza |
| *ICaPPS©* | *Integrated care pathway for post-stroke patients* |
| IPA | *Impact on Participation and Autonomy* |
| *IST* | *International Stroke Trial* |
| LAPSS | *Los Angeles Prehospital Stroke Screening* |
| MASS | *Melbourne Ambulance Stroke Screen* |
| *MDPS* | *Medical Priority Dispatch System* |
| *MYR* | Ringgit malayo |
| NO | Óxido Nitrico (*Nitric oxid*) |
| *OR* | *Odds Ratio* |
| PAD | Presión Arterial Diastólica |
| PAS | Presión Arterial Sistólica |
| *PLSC* | *Pathological Laughter and Crying Scale* |
| QASC | *Quality in Acute Stroke Care* |
| RM | Resonancia Magnética |
| ROSIER | *Recognition of Stroke in the Emergency Room scale* |
| RR | Riesgo Relativo |
| RS | Revisión sistemática |
| S | Sensibilidad |
| sICH | Hemorragia Intracraneal Sintomática (*Symptomatic Intracranial Hemorrhage*) |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| SSRI | *Selective serotonin reuptake inhibitors* |
| TC | Tomografía computerizada |
| TCA | Antidepresivos tricíclicos (*Triciclic Antidepresives*). |
| TIV | Trombólisis Intravenosa |
| *TPRT* | *Tongue to Palate Resistance Training* |
| VPP | Valor Predictivo Positivo |

# 13. Bibliografía


1. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2007/5-2.

2. Sociedad Española de Neurología. El Atlas del Ictus. España 2019. Disponible en: https://www.sen.es/images/2020/atlas/Atlas_del_Ictus_de_Espana_version_web.pdf.

3. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. Int J Stroke. 2022;17(1):18-29. DOI: 10.1177/17474930211065917

4. Díaz-Guzmán J, Egido JA, Gabriel-Sánchez R, Barberá-Comes G, Fuentes-Gimeno B, Fernández-Pérez C. Stroke and transient ischemic attack incidence rate in Spain: the IBERICTUS study. Cerebrovasc Dis. 2012;34(4):272-81. DOI: 10.1159/000342652

5. Soto A, Guillén-Grima F, Morales G, Muñoz S, Aguinaga-Ontoso I, Fuentes-Aspe R. [Prevalence and incidence of ictus in Europe: systematic review and meta-analysis]. An Sist Sanit Navar. 2022;45(1):e0979. DOI: 10.23938/ASSN.0979

6. Stevens E, Emmett E, Wang Y, McKevitt C, Wolfe CD. The burden of stroke in Europe. Appendix [Internet]. London: Stroke Alliance for Europe; 2017. Available from: http://www.strokeeurope.eu/downloads/The_Burden_of_Stroke_in_Europe_Report_-_Appendix.pdf.

7. Crichton SL, Bray BD, McKevitt C, Rudd AG, Wolfe CD. Patient outcomes up to 15 years after stroke: survival, disability, quality of life, cognition and mental health. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2016;87(10):1091-8. DOI: 10.1136/jnnp-2016-313361

8. Mar J, Arrospide A, Begiristain JM, Larrañaga I, Sanz-Guinea A, Quemada I. [Quality of life and burden of carers of patients with acquired brain injury]. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46(4):200-5. DOI: 10.1016/j.regg.2011.01.010

9. Rico-Blázquez M, García-Sanz P, Martín-Martín M, López-Rodríguez JA, Morey-Montalvo M, Sanz-Cuesta T, et al. Effectiveness of a home-based nursing support and cognitive restructuring intervention on the quality of life of family caregivers in primary care: A pragmatic cluster-randomized controlled trial. Int J Nurs Stud. 2021;120:103955. DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2021.103955

10. Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Leal J, Luengo-Fernandez R et al. European Cardiovascular Disease Statistics 2017. Brussels: European Heart Network, 2017. Available from: http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf.

11. Grupo de trabajo de la Guía de prevención del ictus. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria del ictus. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2008. Guía de práctica clínica: AATRM N.º 2006/15.

12. Sistema Nacional de Salud. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Plan de Calidad Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008. [Internet]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29231_estrategia_en_ictus_del_Sistema_Nacional_de_Salud_-_informe_de_evaluacion_y_lineas_prioritarias_de_actuacion.pdf.

13. Egocheaga Cabello MI SAM, Peña Mateo MJ, Miranda Fernández-Santos C, Rodríguez Ledo MP. Conocimiento y actitudes sobre el ictus de los médicos de atención primaria. Med. Gen. Fam. 2021;10(6):263-71. DOI: 10.24038/mgyf.2021.056.

14. Lehnerer S, Hotter B, Padberg I, Knispel P, Remstedt D, Liebenau A, et al. Social work support and unmet social needs in life after stroke: a cross-sectional exploratory study. BMC Neurol. 2019;19(1):220. DOI: 10.1186/s12883-019-1451-y

15. Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016. Disponible en: http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/?capitulo.

16. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? Bmj. 2008;336(7651):995-8. DOI: 10.1136/bmj.39490.551019.BE

17. Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction. Bmj. 2016;353:i2016. DOI: https://doi.org/10.1136/bmj.i2016

18. Zhelev Z, Walker G, Henschke N, Fridhandler J, Yip S. Prehospital stroke scales as screening tools for early identification of stroke and transient ischemic attack. Cochrane Database Syst Rev. 2019;4(4):Cd011427. DOI: 10.1002/14651858.CD011427.pub2

19. Oostema JA, Carle T, Talia N, Reeves M. Dispatcher Stroke Recognition Using a Stroke Screening Tool: A Systematic Review. Cerebrovasc Dis. 2016;42(5-6):370-7. DOI: 10.1159/000447459

20. Meyran D, Cassan P, Avau B, Singletary E, Zideman DA. Stroke Recognition for First Aid Providers: A Systematic Review and Meta-Analysis. Cureus. 2020;12(11):e11386. DOI: 10.7759/cureus.11386

21. Jones SP, Bray JE, Gibson JM, McClelland G, Miller C, Price CI, et al. Characteristics of patients who had a stroke not initially identified during emergency prehospital assessment: a systematic review. Emerg Med J. 2021;38(5):387-93. DOI: 10.1136/emermed-2020-209607

22. Ankolekar S, Fuller M, Cross I, Renton C, Cox P, Sprigg N, et al. Feasibility of an ambulance-based stroke trial, and safety of glyceryl trinitrate in ultra-acute stroke: the rapid intervention with glyceryl trinitrate in Hypertensive Stroke Trial (RIGHT, ISRCTN66434824). Stroke. 2013;44(11):3120-8. DOI: 10.1161/STROKEAHA.113.001301

23. Bath PMS, P.; Anderson, C.S.; Appleton, J.P.; Berge, E.; Cala, l.; and the RIGHT-2 Investigators. Prehospital transdermal glyceryl trinitrate in patients with ultra-acute presumed stroke (RIGHT-2): an ambulance-based, randomised, sham-controlled, blinded, phase 3 trial. Lancet. 2019;393(10175):1009-20. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)30194-1

24. Sandset EC, Anderson CS, Bath PM, Christensen H, Fischer U, Gąsecki D, Lal A, Manning LS, Sacco S, Steiner T, Tsivgoulis G. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on blood pressure management in acute ischaemic stroke and intracerebral haemorrhage. Eur Stroke J. 2021 Jun;6(2):XLVIII-LXXXIX. DOI: 10.1177/23969873211012133

25. Lim BL, Lee WF, Ng WM, Situ W, Loo KV, Man Goh CJ, et al. Benefits and safety of transdermal glyceryl trinitrate in acute stroke: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. Acad Emerg Med. 2022;29(6):772-88. DOI: 10.1111/acem.14408

26. Guo QH, Liu CH, Wang JG. Blood Pressure Goals in Acute Stroke. Am J Hypertens. 2022;35(6):483-99. DOI: 10.1093/ajh/hpac039

27. Tsivgoulis G, Frey JL, Flaster M, Sharma VK, Lao AY, Hoover SL, et al. Pre-tissue plasminogen activator blood pressure levels and risk of symptomatic intracerebral hemorrhage. Stroke. 2009;40(11):3631-4. DOI: 10.1161/STROKEAHA.109.564096

28. Mundiyanapurath S, Hees K, Ahmed N, Wahlgren N, Uhlmann L, Kieser M, et al. Predictors of symptomatic intracranial haemorrhage in off-label thrombolysis: an analysis of the Safe Implementation of Treatments in Stroke registry. Eur J Neurol. 2018;25(2):340-e11. DOI: 10.1111/ene.13507

29. Bath PM, Krishnan K. Interventions for deliberately altering blood pressure in acute stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2014;2014(10):Cd000039. DOI: 10.1002/14651858.CD000039.pub3

30. Kobayashi A, Czlonkowska A, Ford GA, Fonseca AC, Luijckx GJ, Korv J, et al. European Academy of Neurology and European Stroke Organization consensus statement and practical guidance for pre-hospital management of stroke. Eur J Neurol. 2018;25(3):425-33. DOI: 10.1111/ene.13539

31. Nurmi J, Lindsberg PJ, Häppölä O, Klemetti E, Westerbacka J, Castrén M. Strict glucose control after acute stroke can be provided in the prehospital setting. Acad Emerg Med. 2011;18(4):436-9. DOI: 10.1111/j.1553-2712.2011.01020.x

32. Stroke Foundation. Clinical Guidelines for Stroke Management. Available at https://informme.org.au/guidelines/living-clinical-guidelines-for-stroke-management. .

33. Middleton S, McElduff P, Ward J, Grimshaw JM, Dale S, D'Este C, et al. Implementation of evidence-based treatment protocols to manage fever, hyperglycaemia, and swallowing dysfunction in acute stroke (QASC): a cluster randomised controlled trial. Lancet. 2011;378(9804):1699-706. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)61485-2

34. Fuentes B, Castillo J, San José B, Leira R, Serena J, Vivancos J, et al. The prognostic value of capillary glucose levels in acute stroke: the GLycemia in Acute Stroke (GLIAS) study. Stroke. 2009;40(2):562-8. DOI: 10.1161/STROKEAHA.108.519926

35. Fuentes B, Ntaios G, Putaala J, Thomas B, Turc G, Díez-Tejedor E. European Stroke Organisation (ESO) guidelines on glycaemia management in acute stroke. Eur Stroke J. 2018;3(1):5-21. DOI: 10.1177/2396987317742065

36. Green DM, O'Phelan KH, Bassin SL, Chang CW, Stern TS, Asai SM. Intensive versus conventional insulin therapy in critically ill neurologic patients. Neurocrit Care. 2010;13(3):299-306. DOI: 10.1007/s12028-010-9417-3

37. Chen ZM, Sandercock P, Pan HC, Counsell C, Collins R, Liu LS, et al. Indications for early aspirin use in acute ischemic stroke : A combined analysis of 40 000 randomized patients from the chinese acute stroke trial and the international stroke trial. On behalf of the CAST and IST collaborative groups. Stroke. 2000;31(6):1240-9. DOI: 10.1161/01.str.31.6.1240

38. Minhas JS, Chithiramohan T, Wang X, Barnes SC, Clough RH, Kadicheeni M, et al. Oral antiplatelet therapy for acute ischaemic stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2022;1(1):Cd000029. DOI: 10.1002/14651858.CD000029.pub4

39. Stroke Foundation. Clinical guidelines for stroke management. Chapter 3 of 8: acute medical and surgical management. Available at https://app.magicapp.org/#/guideline/QnoKGn.

40. Shahjouei S, Sadighi A, Chaudhary D, Li J, Abedi V, Holland N, et al. A 5-Decade Analysis of Incidence Trends of Ischemic Stroke After Transient Ischemic Attack: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Neurol. 2021;78(1):77-87. DOI: 10.1001/jamaneurol.2020.3627

41. Rothwell PM, Giles MF, Chandratheva A, Marquardt L, Geraghty O, Redgrave JN, et al. Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison. Lancet. 2007;370(9596):1432-42. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)61448-2

42. Luengo-Fernandez R, Gray AM, Rothwell PM. Effect of urgent treatment for transient ischaemic attack and minor stroke on disability and hospital costs (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison. Lancet Neurol. 2009;8(3):235-43. DOI: 10.1016/S1474-4422(09)70019-5

43. Luengo-Fernandez R, Li L, Silver L, Gutnikov S, Beddows NC, Rothwell PM. Long-Term Impact of Urgent Secondary Prevention After Transient Ischemic Attack and Minor Stroke: Ten-Year Follow-Up of the EXPRESS Study. Stroke. 2022;53(2):488-96. DOI: 10.1161/STROKEAHA.121.034279

44. Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, Giles MF, Elkins JS, Bernstein AL, et al. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. Lancet. 2007;369(9558):283-92. DOI: 10.1016/S0140-6736(07)60150-0

45. Giles MF, Rothwell PM. Risk of stroke early after transient ischaemic attack: a systematic review and meta-analysis. Lancet Neurol. 2007;6(12):1063-72. DOI: 10.1016/S1474-4422(07)70274-0

46. Mohan KM, Wolfe CD, Rudd AG, Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Grieve AP. Risk and cumulative risk of stroke recurrence: a systematic review and meta-analysis. Stroke. 2011;42(5):1489-94. DOI: 10.1161/STROKEAHA.110.602615

47. Canadian Stroke Best Practices. Secondary Prevention Of Stroke. Triage and Initial Diagnostic Evaluation of Transient Ischemic Attack and Non-Disabling Stroke. 2020. Available at https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/secondary-prevention-of-stroke/triage-and-initial-diagnostic-evaluation-of-transient-ischemic-attack-and-non-disabling-stroke. .

48. Simpson DM, Gracies JM, Yablon SA, Barbano R, Brashear A. Botulinum neurotoxin versus tizanidine in upper limb spasticity: a placebo-controlled study. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2009;80(4):380-5. DOI: 10.1136/jnnp.2008.159657

49. Bes A, Eyssette M, Pierrot-Deseilligny E, Rohmer F, Warter JM. A multi-centre, double-blind trial of tizanidine, a new antispastic agent, in spasticity associated with hemiplegia. Curr Med Res Opin. 1988;10(10):709-18. DOI: 10.1185/03007998809111122

50. Medici M, Pebet M, Ciblis D. A double-blind, long-term study of tizanidine ('Sirdalud') in spasticity due to cerebrovascular lesions. Curr Med Res Opin. 1989;11(6):398-407. DOI: 10.1185/03007998909110141

51. Leijon G, Boivie J. Central post-stroke pain--a controlled trial of amitriptyline and carbamazepine. Pain. 1989;36(1):27-36. DOI: 10.1016/0304-3959(89)90108-5

52. Vranken JH, Dijkgraaf MG, Kruis MR, van der Vegt MH, Hollmann MW, Heesen M. Pregabalin in patients with central neuropathic pain: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial of a flexible-dose regimen. Pain. 2008;136(1-2):150-7. DOI: 10.1016/j.pain.2007.06.033

53. Kim JS, Bashford G, Murphy KT, Martin A, Dror V, Cheung R. Safety and efficacy of pregabalin in patients with central post-stroke pain. Pain. 2011;152(5):1018-23. DOI: 10.1016/j.pain.2010.12.023

54. Vestergaard K, Andersen G, Gottrup H, Kristensen BT, Jensen TS. Lamotrigine for central poststroke pain: a randomized controlled trial. Neurology. 2001;56(2):184-90. DOI: 10.1212/wnl.56.2.184

55. Jungehulsing GJ, Israel H, Safar N, Taskin B, Nolte CH, Brunecker P, et al. Levetiracetam in patients with central neuropathic post-stroke pain--a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Eur J Neurol. 2013;20(2):331-7.DOI: 10.1111/j.1468-1331.2012.03857.x

56. Osawa A, Maeshima S, Tanahashi N. Water-swallowing test: screening for aspiration in stroke patients. Cerebrovasc Dis. 2013;35(3):276-81. DOI: 10.1159/000348683

57. Wu MC, Chang YC, Wang TG, Lin LC. Evaluating swallowing dysfunction using a 100-ml water swallowing test. Dysphagia. 2004;19(1):43-7. DOI: 10.1007/s00455-003-0030-x

58. Momosaki R, Abo M, Kakuda W, Kobayashi K. Applicability of the two-step thickened water test in patients with poststroke dysphagia: a novel assessment tool for paste food aspiration. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2013;22(6):817-21. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2012.05.011

59. Zhou Z, Salle J, Daviet J, Stuit A, Nguyen C. Combined approach in bedside assessment of aspiration risk post stroke: PASS. Eur J Phys Rehabil Med. 2011;47(3):441-6.

60. Martino R, Silver F, Teasell R, Bayley M, Nicholson G, Streiner DL, et al. The Toronto Bedside Swallowing Screening Test (TOR-BSST): development and validation of a dysphagia screening tool for patients with stroke. Stroke. 2009;40(2):555-61. DOI: 10.1161/STROKEAHA.107.510370

61. Brodsky MB, Suiter DM, González-Fernández M, Michtalik HJ, Frymark TB, Venediktov R, et al. Screening Accuracy for Aspiration Using Bedside Water Swallow Tests: A Systematic Review and Meta-Analysis. Chest. 2016;150(1):148-63. DOI: 10.1016/j.chest.2016.03.059

62. Osawa A, Maeshima S, Matsuda H, Tanahashi N. Functional lesions in dysphagia due to acute stroke: discordance between abnormal findings of bedside swallowing assessment and aspiration on videofluorography. Neuroradiology. 2013;55(4):413-21. DOI: 10.1007/s00234-012-1117-6

63. Bartlett RS, Kenz MK, Wayment HA, Thibeault SL. Correlation Between EAT-10 and Aspiration Risk Differs by Dysphagia Etiology. Dysphagia. 2022;37(1):11-20. DOI: 10.1007/s00455-021-10244-0

64. Giraldo-Cadavid LF, Gutiérrez-Achury AM, Ruales-Suárez K, Rengifo-Varona ML, Barros C, Posada A, et al. Validation of the Spanish Version of the Eating Assessment Tool-10 (EAT-10spa) in Colombia. A Blinded Prospective Cohort Study. Dysphagia. 2016;31(3):398-406. DOI: 10.1007/s00455-016-9690-1

65. Zhang PP, Yuan Y, Lu DZ, Li TT, Zhang H, Wang HY, et al. Diagnostic Accuracy of the Eating Assessment Tool-10 (EAT-10) in Screening Dysphagia: A Systematic Review and Meta-Analysis. Dysphagia. 2023;38(1):145-58. DOI: 10.1007/s00455-022-10486-6

66. Cordier R, Joosten A, Clavé P, Schindler A, Bülow M, Demir N, et al. Evaluating the Psychometric Properties of the Eating Assessment Tool (EAT-10) Using Rasch Analysis. Dysphagia. 2017;32(2):250-60. DOI: 10.1007/s00455-016-9754-2

67. Wang R, Xiong X, Zhang C, Fan Y. [Reliability and validity of the Chinese Eating Assessment Tool (EAT-10) in evaluation of acute stroke patients with dysphagia]. Zhong Nan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2015;40(12):1391-9. DOI: 10.11817/j.issn.1672-7347.2015.12.017

68. Speyer R, Cordier R, Kertscher B, Heijnen BJ. Psychometric properties of questionnaires on functional health status in oropharyngeal dysphagia: a systematic literature review. Biomed Res Int. 2014;2014:458678. DOI: 10.1155/2014/458678

69. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol. 2008;117(12):919-24. DOI: 10.1177/000348940811701210

70. Dziewas R, Michou E, Trapl-Grundschober M, Lal A, Arsava EM, Bath PM, et al. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. Eur Stroke J. 2021;6(3):Lxxxix-cxv. DOI: 10.1177/23969873211039721

71. Marin S, Ortega O, Serra-Prat M, Valls E, Pérez-Cordón L, Clavé P. Economic Evaluation of Clinical, Nutritional and Rehabilitation Interventions on Oropharyngeal Dysphagia after Stroke: A Systematic Review. Nutrients. 2023;15(7). DOI: 10.3390/nu15071714

72. Kotecki S, Schmidt R. Cost and effectiveness analysis using nursing staff-prepared thickened liquids vs. commercially thickened liquids in stroke patients with dysphagia. Nurs Econ. 2010;28(2):106-9, 13.

73. Pelczarska A, Jakubczyk M, Niewada M. The cost-effectiveness of food consistency modification with xanthan gum-based Nutilis Clear® in patients with post-stroke dysphagia in Poland. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):552. DOI: 10.1186/s12913-020-05411-2

74. Swan K, Speyer R, Heijnen BJ, Wagg B, Cordier R. Living with oropharyngeal dysphagia: effects of bolus modification on health-related quality of life--a systematic review. Qual Life Res. 2015;24(10):2447-56.DOI: 10.1007/s11136-015-0990-y

75. Eom MJ, Chang MY, Oh DH, Kim HD, Han NM, Park JS. Effects of resistance expiratory muscle strength training in elderly patients with dysphagic stroke. NeuroRehabilitation. 2017;41(4):747-52. DOI: 10.3233/NRE-172192

76. Speyer R, Cordier R, Sutt AL, Remijn L, Heijnen BJ, Balaguer M, et al. Behavioural Interventions in People with Oropharyngeal Dysphagia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Clinical Trials. J Clin Med. 2022;11(3). DOI: 10.3390/jcm11030685

77. Kim HD, Choi JB, Yoo SJ, Chang MY, Lee SW, Park JS. Tongue-to-palate resistance training improves tongue strength and oropharyngeal swallowing function in subacute stroke survivors with dysphagia. J Oral Rehabil. 2017;44(1):59-64. DOI: 10.1111/joor.12461

78. Choi JB, Shim SH, Yang JE, Kim HD, Lee DH, Park JS. Effects of Shaker exercise in stroke survivors with oropharyngeal dysphagia. NeuroRehabilitation. 2017;41(4):753-7. DOI: 10.3233/NRE-172145

79. Allida S, Cox KL, Hsieh CF, Lang H, House A, Hackett ML. Pharmacological, psychological, and non-invasive brain stimulation interventions for treating depression af-

ter stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2020;1(1):Cd003437. DOI: 10.1002/14651858.CD003437.pub5

80. Legg LA, Rudberg AS, Hua X, Wu S, Hackett ML, Tilney R, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for stroke recovery. Cochrane Database Syst Rev. 2021;11(11):Cd009286. DOI: 10.1002/14651858.CD009286.pub4

81. Jones JS, Kimata R, Almeida OP, Hankey GJ. Risk of Fractures in Stroke Patients Treated With a Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: A Systematic Review and Meta-Analysis. Stroke. 2021;52(9):2802-8.DOI: 10.1161/STROKEAHA.120.032973

82. Deng L, Qiu S, Yang Y, Wang L, Li Y, Lin J, et al. Efficacy and tolerability of pharmacotherapy for post-stroke depression: a network meta-analysis. Oncotarget. 2018;9(34):23718-28. DOI: 10.18632/oncotarget.23891

83. Li X, Zhang C. Comparative efficacy of nine antidepressants in treating Chinese patients with post-stroke depression: A network meta-analysis. J Affect Disord. 2020;266:540-8. DOI: 10.1016/j.jad.2020.09.078

84. Qin B, Chen H, Gao W, Zhao LB, Zhao MJ, Qin HX, Chen W, Chen L, Yang MX. Efficacy, acceptability, and tolerability of antidepressant treatments for patients with post-stroke depression: a network meta-analysis. Braz J Med Biol Res. 2018;51(7):e7218. DOI: 10.1590/1414-431x20187218

85. Sun Y, Liang Y, Jiao Y, Lin J, Qu H, Xu J, et al. Comparative efficacy and acceptability of antidepressant treatment in poststroke depression: a multiple-treatments meta-analysis. BMJ Open. 2017;7(8):e016499.DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016499

86. Chun HY, Newman R, Whiteley WN, Dennis M, Mead GE, Carson AJ. A systematic review of anxiety interventions in stroke and acquired brain injury: Efficacy and trial design. J Psychosom Res. 2018;104:65-75. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2017.11.010

87. Knapp P, Campbell Burton CA, Holmes J, Murray J, Gillespie D, Lightbody CE, et al. Interventions for treating anxiety after stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2017;5(5):Cd008860. DOI: 10.1002/14651858.CD008860.pub3

88. Allida S, Patel K, House A, Hackett ML. Pharmaceutical interventions for emotionalism after stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2019;3(3):Cd003690. DOI: 10.1002/14651858.CD003690.pub5

89. Cao WW YJ, Sun SY, Sun YB, Luan L, Cai XJ, et al. Group psychotherapy in treatment of post stroke depression [团体心理治疗在脑卒中后抑郁治疗中的应用]. Chinese Mental Health Journal 2009;23(2):100-4. Available from: https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00744478/full.

90. Wang X, He Y, Xiao C-L. A clinical trial of paroxetine and psychotherapy in patients with poststroke depression and anxiety. Chinese mental health journal [Internet]. 2005; 19(8):[564-6 pp.]. Available from: https://www.cochranelibrary.com/central/doi/10.1002/central/CN-00712949/full.

91. Fens M, Vluggen T, van Haastregt JC, Verbunt JA, Beusmans GH, van Heugten CM. Multidisciplinary care for stroke patients living in the community: a systematic review. J Rehabil Med. 2013;45(4):321-30. DOI: 10.2340/16501977-1128

92. Vluggen T, van Haastregt JCM, Tan FE, Verbunt JA, van Heugten CM, Schols J. Effectiveness of an integrated multidisciplinary geriatric rehabilitation programme for older persons with stroke: a multicentre randomised controlled trial. BMC Geriatr. 2021;21(1):134. DOI: 10.1186/s12877-021-02082-4

93. Feng W, Yu H, Wang J, Xia J. Application effect of the hospital-community integrated service model in home rehabilitation of stroke in disabled elderly: a randomised trial. Ann Palliat Med. 2021;10(4):4670-7. DOI: 10.21037/apm-21-602

94. Willeit P, Toell T, Boehme C, Krebs S, Mayer L, Lang C, et al. STROKE-CARD care to prevent cardiovascular events and improve quality of life after acute ischaemic stroke or TIA: A randomised clinical trial. EClinicalMedicine. 2020;25:100476. DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100476

95. Abdul Aziz AF, Mohd Nordin NA, Muhd Nur A, Sulong S, Aljunid SM. The integrated care pathway for managing post stroke patients (iCaPPS(©)) in public primary care Healthcentres in Malaysia: impact on quality adjusted life years (QALYs) and cost effectiveness analysis. BMC Geriatr. 2020;20(1):70. DOI: 10.1186/s12877-020-1453-z

96. Legg LA, Lewis SR, Schofield-Robinson OJ, Drummond A, Langhorne P. Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2017;7(7):Cd003585.DOI: 10.1002/14651858.CD003585.pub3

97. Forgea MC, Lyons AG, Lorenz RA. Barriers and Facilitators to Engagement in Rehabilitation Among Stroke Survivors: An Integrative Review. Rehabil Nurs. 2021;46(6):340-7. DOI: 10.1097/RNJ.0000000000000340

98. Williams S, Murray C. The Experience of Engaging in Occupation following Stroke: A Qualitative Meta-Synthesis. British Journal of Occupational Therapy. 2013;76(8):370-378. DOI:10.4276/030802213X13757040168351

99. Hao Q, Tampi M, O'Donnell M, Foroutan F, Siemieniuk RA, Guyatt G. Clopidogrel plus aspirin versus aspirin alone for acute minor ischaemic stroke or high risk transient ischaemic attack: systematic review and meta-analysis. Bmj. 2018;363:k5108. DOI: 10.1136/bmj.k5108

100. Johnston SC, Amarenco P, Denison H, Evans SR, Himmelmann A, James S, et al. Ticagrelor and Aspirin or Aspirin Alone in Acute Ischemic Stroke or TIA. N Engl J Med. 2020;383(3):207-17. DOI: 10.1056/NEJMoa1916870